

M 2014



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM CANCRO DA MAMA

ANA CRISTINA EBERHARDT

TESE DE MESTRADO APRESENTADA

AO INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

DA UNIVERSIDADE DO PORTO EM

MESTRADO EM ONCOLOGIA

Ana Cristina Eberhardt

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM CANCRO DA MAMA

**Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em
Oncologia, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas**

De Abel Salazar da Universidade do Porto

Orientador: Professora Doutora Teresa Sequeira

Co-orientador: Professora Doutora Augusta Silveira

RESUMO

O cancro da mama constitui-se como a doença oncológica mais incidente no género feminino e traz consigo grandes impactos na qualidade de vida da mulher desde o momento do diagnóstico da doença. Este estudo tem como objetivos avaliar a qualidade de vida de mulheres submetidas a tratamento para o cancro da mama, comparar estes valores aos valores de referência da *European Organization for the Research and Treatment of Cancer*, e avaliar a evolução da qualidade de vida em função do ciclo da doença - *tempo decorrido desde o diagnóstico* - da idade, do tipo de cirurgia e do tipo de tratamento. Participaram deste estudo 613 mulheres com cancro da mama ($M = 53,2$ anos; $DP = 10,0$). Foram recolhidos dados sociodemográficos e utilizados os questionários EORTC QLQ-C30 e o seu módulo específico para o cancro da mama QLQ-BR23 para a avaliação da qualidade de vida. De maneira geral, estas mulheres perceberam uma boa qualidade de vida, em todas as escalas de função e sintomas. As pacientes mais velhas apresentaram piores resultados na “Função física” e “Função sexual” e relataram mais sintomas como “Insónia” e “Prisão de ventre”. As pacientes submetidas a mastectomia com reconstrução apresentaram piores médias no que se refere a “Qualidade de vida global”, “Função física”, “Função de desempenho”, “Função emocional”, “Função social” e “Imagem corporal”. São também aquelas que apresentam maior impacto negativo nos sintomas “Fadiga”, “Dor”, “Dificuldades financeiras”, “Sintomas na mama” e “Sintomas no braço”. As pacientes submetidas a todos os tipos de tratamento, isto é, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia sofrem mais impacto na “Função física”, “Imagem corporal”, “Dificuldades financeiras” e “Sintomas no braço”. As pacientes com diagnósticos há mais de 10 anos apresentaram com mais frequência o sintoma “Diarreia”, enquanto que naquelas com diagnóstico mais recente (menos de um ano) foi o sintoma “Efeitos colaterais sistémicos da terapia” que se revelou com mais o impacto negativo.

ABSTRACT

Breast cancer constitutes the most incident oncologic disease in women and brings great impact on the quality of life of women since the time of diagnosis. This study aims to evaluate the quality of life of women undergoing treatment for breast cancer, comparing these values to the reference values of the European Organization for Research and Treatment of Cancer, and evaluate the evolution of quality of life in terms of disease cycle - the time since the diagnosis - the age, type of surgery and the type of treatment. The study included 613 women with breast cancer ($M = 53,2$ years old; $SD = 10,0$). Demographic data were collected and the EORTC QLQ-C30 questionnaire and its specific module for Breast Cancer QLQ-BR23 was used for assessing quality of life. In general, these women perceived a good quality of life at all function scales and symptoms. Older patients fared worse in the "Physical Function" and "Sexual function" and reported more symptoms like "Insomnia" and "Constipation". Patients undergoing mastectomy with reconstruction had worse averages regarding the "Global quality of life", "Physical function", "Role function", "Emotional function", "Social function" and "Body Image". Are also those with the greatest negative impact on "Fatigue", "Pain", "Financial difficulties", "Breast symptoms" and " Arm symptoms ". The patients undergoing all types of treatment, (chemotherapy, radiotherapy and hormone therapy) suffer more impact on "Physical function", "Body image", "Financial difficulties" and " Arm symptoms". Patients with diagnosis for over 10 years showed more frequently the symptom "Diarrhea", while those with a more recent diagnosis (less than one year) it was the symptom "Systemic therapy side effects" which proved more negative impact.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo amor incondicional.

Ao meu marido Samuel, pelo constante incentivo, amor e compreensão em todos os momentos, pela partilha das cargas e pelas noites que passou a trabalhar junto comigo.

Aos meus pais Rainer e Margaret, pelo investimento que sempre fizeram na minha formação enquanto pessoa e enquanto profissional.

À minha orientadora Professora Doutora Teresa e minha co-orientadora Professora Doutora Augusta pela dedicação, paciência e por acreditarem no meu potencial.

Aos demais integrantes deste projeto, em especial ao Professor Joaquim, pela dedicação e entusiasmo.

A Alexandra e a Joana, pela ajuda na coleta de dados.

A enfermeira Elisabete, pessoa na qual agradeço a toda equipa da Clínica da Mama do IPO do Porto.

Aos amigos que fiz em Portugal, que me acolheram e auxiliaram em tantas coisas nessa jornada, especialmente à Catarina, à Sónia e ao Miguel, que me ajudaram enquanto estive distante.

Aos demais familiares e amigos brasileiros, pelo apoio apesar da distância.

De maneira especial agradeço a todas as pacientes que participaram desta pesquisa, e que compartilharam suas vidas e intimidades ao responder àquelas perguntas.

*Dedico este trabalho ao
Valdemar, meu primeiro paciente em
Portugal, e através dele dedico a
todos, que assim como ele,
enfrentam o cancro.*

LISTA DE ABREVIATURAS

EORTC – European Organization for the Research and Treatment of Cancer

HT - Hormonoterapia

IPOPFG – Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil

OMS – Organização Mundial de Saúde

QdV – Qualidade de Vida

QdVRS – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

QLQ-BR23 – Quality of Life Questionnaire – Breast 23

QLQ-C30 – Quality of Life Questionnaire – Core 30

QT – Quimioterapia

RORENO – Registo Oncológico da Região Norte

RT – Radioterapia

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição da amostra de acordo com os grupos etários

Tabela 2. Distribuição da amostra de acordo com a escolaridade

Tabela 3. Distribuição da amostra de acordo com o estado civil

Tabela 4. Distribuição da amostra de acordo com o tipo de cirurgia

Tabela 5. Comparação dos valores médios obtidos no questionário QLQ-C30 (n = 613) e os valores de referência da EORTC (média, M e desvio padrão DP)

Tabela 6. Comparação dos valores médios obtidos no questionário QLQ-BR23 (n = 613) e os valores de referência da EORTC (média, M e desvio padrão DP)

Tabela 7. Comparação dos valores obtidos no questionário QLQ-C30 (n = 613) em dois grupos etários - com mais e com menos de 60 anos de idade (média, M e desvio padrão DP)

Tabela 8. Comparação dos valores obtidos no questionário QLQ-BR23 (n = 613) em dois grupos etários - com mais e com menos de 60 anos de idade (média, M e desvio padrão DP)

Tabela 9. Valores médios de qualidade de vida global, dos estados funcionais e dos sintomas do questionário QLQ-C30 (n = 613), em função do tipo de cirurgia (média, M e desvio padrão DP)

Tabela 10. Valores médios obtidos para os estados funcionais e dos sintomas do questionário QLQ-BR23 (n = 613), em função do tipo de cirurgia (média, M e desvio padrão DP)

Tabela 11. Valores médios e desvios padrões de qualidade de vida global, dos estados funcionais e dos sintomas do questionário QLQ-C30 (n = 613), em função do tipo de tratamento

Tabela 12. Valores médios e desvios padrões dos estados funcionais e dos sintomas do questionário QLQ-BR23 (n = 613), em função do tipo de tratamento

Tabela 13. Valores médios e desvios padrões de qualidade de vida global, dos estados funcionais e dos sintomas do questionário QLQ-C30 (n = 613), em função do tempo decorrido desde o diagnóstico (A, anos)

Tabela 14. Valores médios e desvios padrões obtidos no questionário QLQ-BR23 (n = 613), em função do tempo decorrido desde o diagnóstico (A, anos)

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Publicações na base de dados PubMed com os termos “*quality of life*” e “*breast cancer*” (2005 – junho/2014)

Gráfico 2. Distribuição da amostra de acordo com o tipo de tratamento (QT = Quimioterapia; RT = Radioterapia; HT = Hormonoterapia)

Gráfico 3. Distribuição da amostra de acordo com o tempo decorrido (A, anos) desde o diagnóstico

Gráfico 4. Valores médios observados em: “Qualidade de vida global”, “Função física”, “Função de desempenho”, “Função emocional” e “Função social” de acordo com o tipo de cirurgia a que as mulheres foram submetidas (SC= Sem Cirurgia; M= Mastectomia; CC= Cirurgia Conservadora; M+R= Mastectomia com Reconstrução)

Gráfico 5. Valores médios observados para os sintomas “Fadiga”, “Dor” e item simples “Dificuldades financeiras”, de acordo com o tipo de cirurgia a que as mulheres foram submetidas (SC= Sem Cirurgia; M= Mastectomia; CC= Cirurgia Conservadora; M+R= Mastectomia com Reconstrução)

Gráfico 6. Valores médios observados para “Imagem corporal”, “Sintomas na mama” e “Sintomas no braço” de acordo com o tipo de cirurgia a que as mulheres foram submetidas (SC= Sem Cirurgia; M= Mastectomia; CC= Cirurgia Conservadora; M+R= Mastectomia com Reconstrução)

Gráfico 7. Valores médios do sintoma “Diarreia” de acordo com o tempo decorrido desde o diagnóstico (A, anos)

Gráfico 8. Valores médios obtidos na escala de sintomas para os “Efeitos colaterais sistêmicos da terapia” de acordo com o tempo decorrido desde o diagnóstico (A, anos)

Índice

INTRODUÇÃO	12
Medição de valor em saúde e em oncologia	13
Qualidade de vida relacionada com a saúde.....	14
Qualidade de vida relacionada com a saúde na prática clínica.....	16
Cancro da Mama.....	18
Fatores de risco.....	18
Epidemiologia	18
Diagnóstico e Tratamento.....	19
Qualidade de vida relacionada com a saúde em cancro de mama.....	22
Idade.....	23
Fatores clínicos.....	24
OBJETIVOS.....	28
MATERIAL E MÉTODOS.....	29
Seleção da amostra	29
Instrumentos	29
Variáveis em estudo	30
Recolha e organização dos dados	30
Análise estatística dos dados.....	30
RESULTADOS	32
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	53
CONCLUSÃO.....	61
LIMITAÇÕES DO ESTUDO E PERSPECTIVAS FUTURAS.....	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	75

INTRODUÇÃO

Os avanços na medicina e na saúde pública têm vindo a contribuir para o desenvolvimento de tratamentos mais eficazes, possibilitando a cura ou uma mortalidade mais tardia. Entretanto, além da cura ou de uma maior sobrevida, é importante considerar também a qualidade de vida dos pacientes (Bahrami, 2011).

Uma das doenças que tem sido amplamente investigada é o cancro, particularmente o cancro da mama, considerado um problema de saúde pública a nível mundial. O cancro da mama constitui-se como a doença oncológica mais incidente no género feminino, e tem assumido características de doença crónica, necessitando de uma de atenção específica para esta condição. Para além disso, o cancro da mama em Portugal é o tipo de cancro que mais incide entre as mulheres e é a primeira causa de morte por cancro na população feminina (Ferlay *et al.*, 2014) .

A investigação em cancro da mama aumentou consideravelmente nos últimos anos, tanto no que diz respeito à etiologia e ao tratamento, bem como nos estudos que enfatizam as avaliações da qualidade de vida das pacientes, avaliações que são cada vez mais frequentes no processo do tratamento do cancro. Atualmente, a qualidade de vida é considerada, juntamente com a sobrevida livre de doença e a ausência de recorrência de cancro, um dos parâmetros mais importantes para avaliar o impacto de um tratamento de cancro em pacientes (Dorcaratto *et al.*, 2011).

A avaliação da qualidade de vida tem vindo a contribuir para a prática clínica em oncologia, através de investigações retrospectivas bem como em ensaios clínicos. Entretanto, é relativamente recente o uso de instrumentos que avaliam a qualidade de vida na prática clínica com o objectivo também de orientar a tomada de decisão (Ferrans, 2010).

Esta dissertação tem o objetivo de avaliar a evolução da qualidade de vida de mulheres submetidas a tratamento para o cancro da mama na Clínica da Mama do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil (IPOPFG) em função do ciclo da doença - tempo decorrido desde o diagnóstico - , da idade, do tipo de cirurgia e do tipo de tratamento a que foram submetidas.

Medição de valor em saúde e em oncologia

Nas últimas décadas a sociedade tem passado por mudanças de comportamento com relação às atitudes e desejos. As pessoas estão cada vez mais exigentes em relação a produtos e serviços, particularmente no que diz respeito aos serviços de saúde. As expectativas das pessoas, relativas à saúde e traduzidas em procura de valor, que inclui qualidade e preço, nunca foram tão elevadas (Nolan & Bisognano, 2006) e o seu envolvimento na tomada de decisão é reflexo de uma sociedade mais globalizada, onde as populações estão cada vez mais preocupadas com a saúde e estão cada vez mais decididas sobre o que querem (Örgev & Bekar, 2013).

A saúde, como definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), “é um estado de completo bem-estar físico, social e mental, e não meramente a ausência de doença” (WHO, 2001) e como tal, é difícil medir de forma consistente entre as populações e os subgrupos da população. A medição confiável e precisa da saúde da população é fundamental para o desenvolvimento de evidências que suportem as políticas de saúde, para a avaliação e planeamento dos sistemas de saúde bem como para as intervenções em saúde (Ploubidis & Grundy, 2011).

Na saúde, valor é um conceito que pode ter diferentes conotações, e a sua mensuração ainda é pouco frequente. Uma definição para valor em saúde pode ser entendida como a diferença entre os benefícios que os doentes recebem face aos custos despendidos pelo prestador de serviços, o que corresponde, em termos económicos, ao lucro. Quando o foco é o cuidado em saúde, o principal objetivo é atingir o maior valor para o doente, ou seja, os melhores resultados face aos custos envolvidos (Porter, 2010). Há ainda quem interprete o valor em saúde como uma cadeia de valor, um *continuum* de cuidados prestados ao doente, e que de maneira geral envolve os serviços de prestação de cuidado incluindo também todas as atividades de suporte (Santana & Costa, 2008).

Neste sentido, a prestação de cuidados e serviços deve agregar valor ao longo do processo do cuidar. Santana e Costa (2008) afirmam que a realização de determinada análise clínica, a prescrição de um medicamento ou a decisão de internar ou não um doente são atos que apenas deverão ser executados se acrescentarem valor. Desta forma, tem-se observado uma alteração na definição de prestação de cuidados em saúde, onde o conceito “tratamento da doença” deu lugar ao novo conceito de “bem estar geral do doente” (Porter & Teisberg, 2007).

Medir o valor acrescentado é importante para a avaliação final do processo e a sua medição é fundamental em qualquer área da ciência, inclusive nas ciências da

saúde. Em oncologia, até há poucas décadas, os valores considerados de êxito ou de fracasso de um cuidado prestado estavam resumidos à sobrevida, à taxa de resposta à doença ou à mortalidade. Hoje, a qualidade de vida é tida como um indicador de igual ou de maior importância para se observar um resultado em saúde (Ferreira, Ferreira & Pereira, 2008; Trask, Hsu & McQuellon, 2009).

Atualmente tem-se usado muito os resultados reportados pelo paciente nas avaliações em saúde, resultados estes que compreendem as informações relatadas pelo paciente sobre o seu próprio problema de saúde (Lohr & Zebrack, 2009). Tais informações podem incluir a qualidade de vida, a satisfação do paciente com o tratamento e a sua adesão ao mesmo (Basch, 2014). As informações derivadas do ponto de vista do paciente podem representar resultados clinicamente significativos, que podem ser usados na prática clínica, como, por exemplo, no auxílio à tomada de decisões (Schwartz & Sprangers, 2002).

A oncologia é considerada um terreno fértil para a realização de pesquisas de qualidade de vida e de avaliações com resultados reportados pelo paciente (Osoba, 2011), pois os pacientes com cancro apresentam sintomas diversos e perdas de capacidades funcionais que podem ser difíceis de medir, sendo necessário contar com as informações dos próprios pacientes. No entanto, o bem estar do doente ou a sua qualidade de vida são difíceis de mensurar, principalmente por se tratarem de conceitos multidimensionais e subjetivos, sendo necessário o uso de instrumentos para traduzir e quantificar estes valores (Antunes *et al.*, 2009).

Qualidade de vida relacionada com a saúde

Não existe uma definição clara do conceito de qualidade de vida e no entanto o seu estudo tem relevância em praticamente todas as áreas do conhecimento (Pimentel, 2006; Schlarmann, Metzling-Blau & Schnepp, 2008). Um dos conceitos mais utilizados é o da OMS (WHO, 1995) que afirma que a qualidade de vida compreende aspectos objetivos e subjetivos e inclui a funcionalidade, a competência cognitiva, a interação do indivíduo com o meio e a percepção, por parte de indivíduos ou grupos, da satisfação das suas necessidades e daquilo que não lhes é recusado nas ocasiões propícias à sua realização e à sua felicidade.

A qualidade de vida é um campo de investigação na medicina relativamente recente pois, historicamente, os primeiros interessados pela temática foram os

economistas e o seu interesse estava relacionado com a gestão de recursos. No que se refere à medicina, a oncologia foi uma das primeiras áreas a interessar-se pela qualidade de vida, uma vez que o cancro tem vindo a assumir características de doença crónica (Paredes *et al.*, 2008; Pimentel, 2006).

Quando a qualidade de vida diz respeito à saúde, refere-se “qualidade de vida relacionada com a saúde” (QdVRS) ficando o termo “qualidade de vida” reservado para a utilização noutras áreas que não tenham relação com a saúde (Kaplan & Ries, 2007; Pek *et al.*, 2009). Assim, tal como no conceito de qualidade de vida, “não existe um único conceito de qualidade de vida relacionada com a saúde, mas pode-se descrevê-la como a percepção dos doentes sobre as suas capacidades em quatro grandes dimensões: bem-estar físico e atividades quotidianas, bem-estar psicológico, relações sociais e sintomas. [...] É um conceito multidimensional, subjetivo e individual” (Pimentel, 2006, p.12).

A QdVRS de um indivíduo saudável está mais relacionada a conceitos que se referem a um quotidiano agradável, como, por exemplo, riqueza e lazer. Já num doente, a QdVRS é relativa, e está mais ligada ao nível de satisfação em função das suas possibilidades atuais, condicionadas pela doença e terapêuticas, comparadas com aquelas que pensa serem possíveis ou ideais (Maeyer, Vanderplasschen & Broekaert, 2010; Pimentel, 2006).

QdVRS não é apenas uma questão importante para os pacientes. É também importante para os profissionais de saúde e gestores em saúde. A avaliação da QdVRS expandiu-se para o domínio clínico, fornecendo orientação para as decisões de tratamento, a escolha das intervenções e avaliação da eficácia, e como uma ferramenta para os médicos, para prestar cuidados que abordem as preocupações dos pacientes. Pode, ainda, facilitar a comunicação com os pacientes e a identificação de suas preferências, por exemplo, para selecionar um tratamento específico ou um plano de cuidados (King, 2006; Montazeri, 2009; Pek *et al.*, 2009; Varricchio & Ferrans, 2010). A avaliação da QdVRS melhora a satisfação, por parte dos doentes, dos cuidados que lhes são prestados (Pimentel, 2006).

Os principais objetivos dos questionários de avaliação da QdVRS são avaliar o doente, o seu prognóstico, o impacto da terapêutica utilizada, fazer distinção entre doentes ou grupos de doentes, além de comparar modalidades de tratamento com taxas de cura similares (Pimentel, 2006).

Vários instrumentos têm vindo a ser desenvolvidos para avaliar as funções, o estado de saúde e a QdVRS do indivíduo, podendo ou não ser específicos para determinada patologia. Entre os instrumentos mais usados para avaliar qualidade de vida em geral destacam-se, entre outros: *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Healthy Survey* (SF-36) e seus derivados SF-12 e SF-6D e *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-100 ou WHOQOL-bref). Entre os instrumentos específicos para avaliar qualidade de vida em doentes oncológicos destacam-se: *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30) e *Functional Assessment of Cancer Therapy* (FACT).

Estes instrumentos estão entre os mais utilizados nos ensaios clínicos, para a avaliação da resposta ao tratamento e avaliação da sobrevivência. Nas últimas décadas, tem-se verificado a sua utilidade também na prática clínica, ao incorporá-los como elementos de acompanhamento dos doentes (Ferrans, 2010; Velikova *et al.*, 2004).

Qualidade de vida relacionada com a saúde na prática clínica

Já é reconhecida a importância de avaliar a QdVRS de pacientes com cancro, e estudos deste tipo já são largamente utilizados, entretanto o uso de instrumentos de QdVRS na prática clínica é um trabalho relativamente novo (Ferrans, 2010). A implementação da avaliação da QdVRS na prática clínica constitui um método de recolha de um dos resultados reportados pelo paciente mais usados em medicina (Ballinger & Fallowfield, 2009). Algumas instituições têm desenvolvido estudos para avaliar a utilidade e viabilidade do uso de instrumentos de avaliação da QdVRS na prática clínica (Budrukhar *et al.*, 2009; Erharter *et al.*, 2010; Frost *et al.*, 2007; Rampling *et al.*, 2003; Smith *et al.*, 2006; Varricchio & Ferrans, 2010; Velikova *et al.*, 2004), e neste contexto, o IPOFG assume uma posição de destaque no cenário português, ao ser a primeira instituição nacional a desenvolver estudos de avaliação da QdVRS na prática clínica (Silveira *et al.*, 2010, 2011). Estas instituições já têm reconhecido a importância da utilização da avaliação da QdVRS na prática clínica, principalmente por permitir avaliar a QdVRS nas várias fases do tratamento de um paciente com cancro, uma vez que a QdVRS é mutável ao longo do tempo (Pimentel, 2006).

São vários os benefícios da aplicação das medidas de QdVRS na prática clínica, dentre os quais se destaca a melhoria da comunicação com o doente, a identificação de eventuais problemas normalmente não relatados pelos pacientes e não visíveis pelos profissionais de saúde, a escolha de possíveis intervenções para os mesmos, o

acompanhamento da resposta ao tratamento e das alterações de saúde. Possibilita, ainda, avaliar a qualidade do serviço prestado, determinar o impacto de uma intervenção ou ainda prever resultados (Higginson & Carr, 2001; Rose & Bezjak, 2009; Santana *et al.*, 2010; Varricchio & Ferrans, 2010). A implementação de medidas quantitativas para a avaliação da QdVRS na prática clínica só tem a acrescentar benefícios, tanto para os doentes como para os profissionais de saúde (Davis & Cella, 2002).

Além dos métodos tradicionais de avaliação da QdVRS como as entrevistas pessoais ou os questionários auto-administrados em papel, tem surgido, recentemente, o uso de metodologias informatizadas para a recolha dos dados, e já se reconhece algumas vantagens neste processo. Esse método permite que os dados da sejam recolhidos, armazenados e interpretados automaticamente, possibilitando ainda a impressão do resultado, para a utilização em tempo real, e também a comparação com resultados anteriores do próprio paciente (Rose & Bezjak, 2009).

Para que a avaliação da QdVRS na prática clínica seja implementada, é essencial que este procedimento seja considerado como parte integrante do cuidado em oncologia (Erharter *et al.*, 2010), e para tal, o paciente deve ser informado que esta conduta é parte integrante do seu protocolo de tratamento. Estudos mostram que quando esta atitude é efetuada, há uma melhor adesão por parte dos doentes (Velikova *et al.*, 2004).

Apesar de ter boa aceitação entre os profissionais de saúde, a avaliação da QdVRS por rotina na prática clínica ainda é uma realidade distante (Velikova *et al.*, 2008). Para que os questionários de QdVRS tenham utilidade na prática clínica, é necessário que os profissionais de saúde saibam perceber os resultados gerados, interpretar e dar respostas às variações nas pontuações das escalas (Velikova *et al.*, 2004).

A avaliação da QdVRS é um importante valor que mostra o ponto de vista do doente e a sua percepção sobre o impacto que o diagnóstico e o tratamento lhe causaram (Pimentel, 2006). De maneira geral é bem aceite pelo doente, mas enfrenta ainda algumas barreiras à sua aplicação, como afirma Pimentel (2006): “As barreiras podem ter origem nos prestadores de cuidados de saúde, por terem percepção negativa sobre a utilidade dos instrumentos disponíveis, preocupações metodológicas (ex. fiabilidade e validade das medidas) e considerações de ordem logística (ex. facilidade de administração e interpretação, e custos). A falta de conhecimentos e de experiência do médico na avaliação da qualidade de vida são dois dos obstáculos mais importantes ao uso rotineiro da qualidade de vida” (p.49).

Cancro da Mama

O cancro da mama é o tipo de cancro mais frequente na população feminina, é provavelmente o mais temido pelas mulheres, e o seu diagnóstico, além das consequências do próprio tratamento, traz consigo consequências emocionais e psicológicas que podem afetar a QdVRS da mulher. A seguir, o cancro da mama será caracterizado no que diz respeito aos fatores de risco, epidemiologia, diagnóstico e tratamento e fatores relacionados à QdVRS.

Fatores de risco

O cancro da mama, assim como o cancro de maneira geral, é considerado uma doença multifatorial, determinada por fatores conhecidos e alguns fatores que permanecem obscuros. Dentre os fatores conhecidos estão a idade, onde se verifica que mulheres mais velhas estão mais suscetíveis ao cancro da mama; as características reprodutivas, nomeadamente a menarca precoce, a menopausa tardia, a idade ao nascimento do primeiro filho depois dos 30 anos ou a nuliparidade; a história familiar de cancro da mama e a predisposição genética ao desenvolvimento de cancro da mama, mais especificamente a presença de mutações nos genes BRCA1 ou BRCA2; o estilo de vida e a dieta. O uso de anticoncepcionais combinado orais pode estar associado a um maior risco de desenvolvimento do cancro da mama, porém esta associação permanece em estudos, não sendo comprovada até o momento. Não é, no entanto, necessário que estes fatores estejam presentes para o desenvolvimento do cancro da mama. Por outro lado, sabe-se que uma dieta equilibrada combinada com a prática regular de exercícios físicos, a gestação do primeiro filho próxima dos 20 anos, e a amamentação ao peito podem ser fatores protetores contra o desenvolvimento do cancro da mama (Coyle, 2009).

Epidemiologia

O cancro pode ser considerado atualmente como um problema de saúde pública, dado a sua incidência e mortalidade em todo o mundo (Coughlin & Ekwueme, 2009). Quando se observa a distribuição, na população mundial, dos diversos tipos de cancro constata-se que o cancro da mama é o cancro mais frequente no género feminino (Ferlay *et al.*, 2014)

A incidência do cancro da mama tem aumentado gradualmente nos últimos anos e atualmente representa 25% de todos os casos de cancro na população feminina mundial. As taxas de incidência variam de 27 por 100.000 mulheres na África Central e Ásia Oriental para 96 por 100.000 mulheres na Europa Ocidental, sendo a incidência muito maior nos países desenvolvidos do que nos países em desenvolvimento. As taxas de incidência de cancro no mundo tendem a aumentar cada vez mais, uma vez que a população está vivendo mais anos e a mortalidade por outras doenças tem diminuído (Ferlay *et al.*, 2014).

Quando se trata da mortalidade por cancro da mama, os países em desenvolvimento, que apresentam baixas taxas de incidência, são aqueles que têm elevadas taxas de mortalidade, quando comparados com os países desenvolvidos, cuja incidência é mais elevada. Nos países em desenvolvimento o cancro da mama é a primeira causa de morte, enquanto que nos países desenvolvidos, é a segunda causa de morte (Ferlay *et al.*, 2014).

Em Portugal, para o ano de 2012 observou-se uma incidência do cancro da mama na população feminina de 86 para cada 100.000 mulheres, e a mortalidade é de 18 para cada 100.00 mulheres, configurando-se como a primeira causa de morte por cancro nas mulheres portuguesas (Ferlay *et al.*, 2013).

Apesar de ser considerado um cancro de relativo bom prognóstico, se diagnosticado e tratado precocemente, as taxas de mortalidade apresentam-se elevadas, supostamente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados.

As taxas de sobrevida aos cinco anos para o cancro da mama tem vindo a melhorar, com taxas médias de sobrevida estimadas em 73% em países desenvolvidos e 57% nos países em desenvolvimento (Parkin *et al.*, 2005).

Diagnóstico e Tratamento

Um fator chave para o tratamento do cancro da mama é a detecção precoce e o diagnóstico preciso da doença. A avaliação das características do tumor, tendo por base a realização de um exame físico, imagiológico e anatomopatológico determina o estadiamento da doença ao diagnóstico e constitui uma fase crucial na determinação do prognóstico, assim como na instituição de um plano terapêutico adequado. O estadiamento do tumor, o seu grau histológico, os receptores hormonais de estrogénio e de progesterona, a presença de genes que favorecem o crescimento tumoral, como é o

caso do HER2, são informações importantes a serem avaliadas no momento do diagnóstico, pois é a partir destas informações que o plano de tratamento vai ser traçado.

O diagnóstico precoce do cancro da mama permite à equipa de saúde e à mulher a oportunidade de escolher, dentre as opções de tratamento, aquela que proporciona os melhores benefícios em termos de tratamento e melhor adaptação à mulher (Schopper & Wolf, 2009).

Existem atualmente diversas abordagens terapêuticas para o tratamento do cancro da mama e a escolha do tratamento deverá considerar diversos fatores como a idade e as características anatomopatológicas do tumor, além de ter o consentimento informado da doente (Marsh & Liu, 2009). De maneira geral, o tratamento envolve o uso de terapias locais, como a cirurgia e a radioterapia e também o uso de terapias sistêmicas, como a quimioterapia e a hormonoterapia.

Durante muitas décadas, a mastectomia imperou como procedimento cirúrgico para o tratamento do cancro da mama. Este tipo de cirurgia foi desenvolvido por William Halsted no final do século XIX, levando o nome do seu criador: mastectomia radical de Halsted. Este procedimento cirúrgico consistia na remoção total da mama e incluía os músculos peitorais, a pele e os linfonodos axilares. Esta modalidade cirúrgica teve bons resultados, aumentando a sobrevivência após cinco anos para 40%, considerado um avanço para a época (Loukas *et al.*, 2011). Entretanto, a mastectomia radical trazia consigo inúmeros efeitos secundários, o que levou, ao longo do tempo, à procura por desenvolver e especializar a técnica, com o objetivo de obter maior preservação dos tecidos.

Novas técnicas foram introduzidas por Patey, Madden, dentre outros cirurgiões, que popularizaram as mastectomias radicais modificadas, e, desta forma, os médicos começaram a comparar e avaliar os resultados entre a mastectomia radical e os procedimentos mais conservadores (Champaneria *et al.*, 2012; Cotlar, Dubose & Rose, 2003).

No início dos anos 80, entra em cena na oncologia a preocupação com a QdVRS do doente oncológico, e o interesse por técnicas cirúrgicas mais conservadoras aumenta, de modo a contribuir fortemente para a melhoria da QdVRS do doente (Pimentel, 2006). A crescente introdução da cirurgia conservadora levou ao desenvolvimento de vários ensaios clínicos, por exemplo o *Milan-World Health Organization* (Veronesi *et al.*, 1990), o *European Organization for the Research and Treatment of Cancer (EORTC) 10801* (van Dongen *et al.*, 2000), dentre outros. Todos os estudos mostraram que, para doentes em estádios iniciais, a mastectomia e a cirurgia conservadora seguida de radioterapia tinham

taxas de sobrevivências semelhantes. Após estes estudos, foi organizado o *Consensus Development Conference* (NHI Consensus Development Panel, 1991) e após a análise criteriosa por profissionais da saúde, concluiu-se que a cirurgia conservadora era preferível do que a mastectomia para mulheres de determinada condição clínica, possibilitando a preservação da mama.

Os avanços nas técnicas cirúrgicas continuaram e a reconstrução mamária após a mastectomia tornou-se popular no final do século XX e evoluiu muito no que se refere à segurança e aplicabilidade da mesma. Tornou-se uma nova opção para os cirurgiões e oncologistas, e também para as mulheres, ao proporcionar benefícios a nível psicológico e de auto-imagem (Malata, McIntosh & Purushotham, 2000). Para a maioria das mulheres, as opções actuais são a cirurgia conservadora da mama, a mastectomia ou a mastectomia seguida de reconstrução (Pockaj *et al.*, 2009).

Na ausência de contra-indicações médicas, a decisão quanto ao tratamento cirúrgico constitui-se como uma questão de escolha pessoal. Tal decisão requer uma consideração cuidadosa dos valores pessoais da paciente e sobre os ganhos ou perdas potenciais na QdVRS associada a cada tratamento. Até ao momento, no entanto, o impacto relativo desses vários tratamentos cirúrgicos sobre a satisfação dos pacientes e a QdVRS permanece obscuro (Chen *et al.*, 2010).

Verifica-se que as cirurgias estão cada vez mais presentes, de formas menos radicais do que no passado (Boukerrou *et al.*, 2010; Lardi *et al.*, 2013). De maneira geral, mulheres com cancro de mama passam pela cirurgia e por tratamentos adjuvantes, como a hormonoterapia, ou a radioterapia, com efeito locorregional ou ainda a quimioterapia, com efeito sistémicos, a fim de reduzir os riscos de recorrência da doença, quer seja local ou também à distância. Estes tratamentos têm potenciais efeitos na QdVRS (Hopwood *et al.*, 2007).

A quimioterapia consiste na administração de drogas citotóxicas, que têm a função de eliminar as células cancerígenas, sendo o seu objetivo erradicar a massa tumoral, ou, pelo menos, reduzir o volume do tumor. É administrada principalmente por via endovenosa, mas outras vias também são possíveis, como a via oral. Geralmente os protocolos de quimioterapia são compostos por dois ou mais agentes farmacológicos, que são amplamente estudados em ensaios clínicos. A escolha desses agentes dependerá do diagnóstico, do estadiamento do tumor e das condições clínicas da paciente e a sua aplicação depende do consentimento do próprio doente. De maneira geral os quimioterápicos apresentam diversos níveis de toxicidade, que se manifestam já

nas primeiras doses, podendo se prolongar até após o término do tratamento, causando lesões reversíveis ou irreversíveis (Nygren, 2001).

A radioterapia consiste na utilização de radiação ionizante, e tem o objetivo de destruir as células tumorais de uma determinada região, tratando-se portanto de uma terapia locorregional. A dose total de radiação a ser administrada é fracionada em pequenas doses diárias. Seus efeitos colaterais se concentram principalmente na área irradiada, além da fadiga e inapetência, observados em alguns doentes (Calvo *et al.*, 2014).

A terapia hormonal ou hormonoterapia tem como objetivo impedir, através dos medicamentos, o estímulo das hormonas sobre os tumores cujo crescimento é estimulado pelas mesmas. Esta terapêutica só é útil quando o tumor apresenta receptores de estrogénio ou de progesterona (Padilha *et al.*, 2012).

O cancro da mama é uma doença sistémica que requer a atenção de uma equipa multidisciplinar, equipa esta que deve estar focada em proporcionar um tratamento completo para a mulher. Após o tratamento inicial, as doentes necessitam de um seguimento regular, mais conhecido no meio médico como *follow-up*. Tal seguimento visa monitorar uma possível recorrência locorregional ou sistémica, avaliar e tratar as possíveis complicações da terapia, avaliar possíveis sintomas que possam ou não estar relacionados com o tratamento ou com a recorrência da doença, prover suporte emocional, proporcionar informações para decisões futuras que possam ser influenciadas pelo histórico de cancro da mama e manter um relacionamento com a paciente que facilite a comunicação, beneficiando todo o seguimento (Khatcheressian *et al.*, 2013; Peppercorn *et al.*, 2005). Depois do tratamento, as mulheres permanecem com o risco de desenvolver um segundo tumor primário, ou possíveis recorrências locorregionais, ou ainda metástases (Ganz & Hahn, 2008).

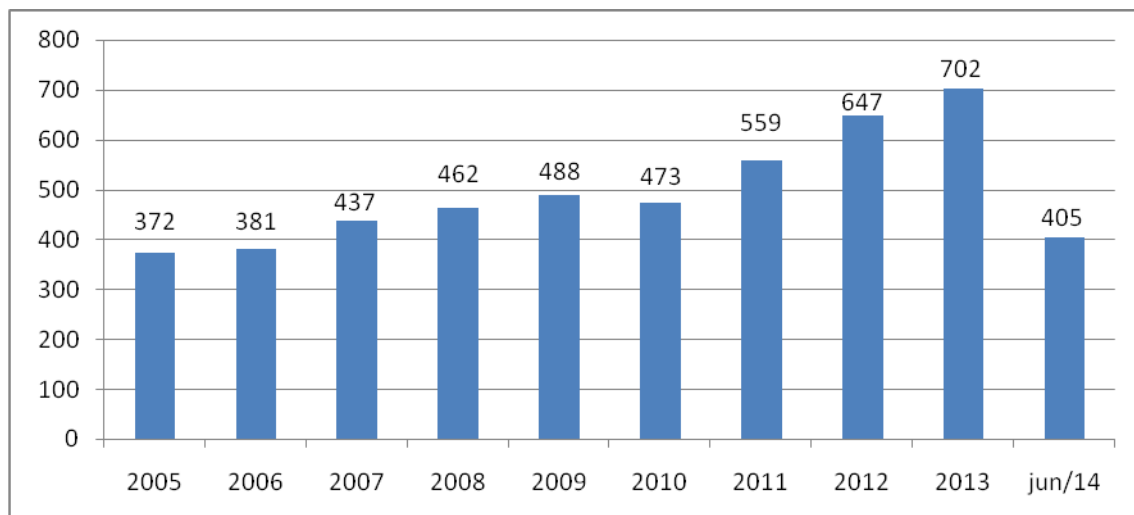
Qualidade de vida relacionada com a saúde em cancro de mama

Os avanços na medicina e o consequente aumento da possibilidade de sobrevivência permitiram às mulheres viverem mais anos após os tratamentos, e esta é uma realidade que pode ser prevista cada vez mais para o futuro. As mudanças na imagem corporal, as mudanças nas relações interpessoais, as restrições de atividades da vida diária dentre outros serão fatores que a mulher passará a enfrentar a partir do momento do diagnóstico do cancro da mama. De fato, o cancro da mama assume

importância cada vez maior entre as doenças que afetam o público feminino, por conta da sua elevada incidência e mortalidade, mas também devido às repercussões que traz para a mulher, a nível físico, social, emocional, sexual, e também na sua família e na sociedade em geral. (Fangel *et al.*, 2013; Lotti *et al.*, 2008; Rabin *et al.*, 2008).

Dentre todas as neoplasias, o cancro da mama destaca-se nos estudos de QdVRS pela quantidade de estudos que são realizados com este grupo de doentes. Foi realizada uma consulta à base de dados PubMed em Junho de 2014, para os últimos dez anos, recorrendo aos termos “*quality of life*” e “*breast cancer*”, e resultou um total de 4.459 publicações, onde se pode constatar um número crescente de estudos publicados nos últimos anos (ver Gráfico 1).

Gráfico 1. Publicações na base de dados PubMed com os termos “*quality of life*” e “*breast cancer*” (2005 – junho/2014)



O fato de esta ser a neoplasia mais incidente na população feminina e de se verificar um grande impacto da doença em aspectos relacionados com a identidade feminina e o desempenho de papéis mais associados à mulher, fará com que esta patologia seja uma das mais investigadas (Perry, Kowalski & Chang, 2007).

Idade

No que se refere à idade, um estudo mostrou que, em uma avaliação feita antes da cirurgia, as mulheres mais velhas mostraram-se menos depressivas e ansiosas, e com melhores resultados para a qualidade de vida global do que as mulheres mais jovens (Parker *et al.*, 2007).

Outro estudo demonstrou que as mulheres mais jovens submetidas à mastectomia tinham escores mais baixos no domínio psicológico do que as mulheres mais velhas, também submetidas à mastectomia. Além disso, este mesmo estudo comparou mulheres mastectomizadas com mulheres que fizeram cirurgia conservadora, e dentre as mulheres mais jovens dos dois grupos observou-se diferença significativa nos domínios da função física, dor e função social, sendo que as mulheres mastectomizadas tiveram escores mais baixos (Veiga *et al.*, 2010).

A literatura aponta também que a idade da mulher no momento do diagnóstico tem influência na QdVRS. O diagnóstico de cancro da mama traz grande impacto na vida das mulheres jovens, uma vez que este grupo é mais vulnerável à ansiedade relacionada ao tempo de sobrevivência e também com os efeitos estéticos que um tratamento cirúrgico pode trazer, além das implicações relacionadas ao trabalho, à vida conjugal e à maternidade, aspectos esses que geralmente são mais facilmente superados pelas mulheres mais velhas (Avis, Crawford & Manuel, 2005; Howard-Anderson *et al.*, 2012).

Fatores clínicos

Desde a puberdade até a idade adulta as mamas desempenham um importante papel na fisiologia do desenvolvimento feminino e também representam um símbolo de identificação da mulher, da sua feminilidade, sensualidade bem como sexualidade. Estas implicações podem tornar o diagnóstico de cancro da mama emocionalmente angustiante (Azu *et al.*, 2007). Ainda hoje, para a maioria das pessoas, ser diagnosticada com cancro é o mesmo que receber uma sentença de morte, apesar de todas as informações que são veiculadas nos meios de comunicação, todo o processo do diagnóstico é vivido pela paciente e pessoas próximas como um momento de intenso sofrimento e ansiedade (Majewski *et al.*, 2012).

A partir do diagnóstico, a mulher inicia uma jornada marcada por vários eventos advindos com o tratamento. Cada uma das técnicas invasivas utilizadas para o tratamento vai exercer diferentes impactos sobre a QdVRS da mulher, em cada ponto no tempo e com isso, a QdVRS vai variando. Por este motivo, vários autores sustentam a hipótese de que a QdVRS deve ser avaliada em vários momentos durante o tratamento, ou seja, ser avaliada antes de qualquer tratamento, durante os vários tratamentos e ao final de todos os tratamentos. (Meisel *et al.*, 2012; Varricchio & Ferrans, 2010).

Mesmo assim, muitos estudos são desenvolvidos com base em avaliações pontuais, ou seja, em apenas um momento, e geralmente são durante a quimioterapia, ou

nos primeiros meses após a cirurgia, ou avaliam a QdVRS num período inferior a dois anos (Han *et al.*, 2010; Parker *et al.*, 2007; Shi *et al.*, 2011; Veiga *et al.*, 2010). Este é um aspecto que dificulta a comparação de resultados entre os estudos de QdVRS em oncologia, pois não há um padrão de tempo e intervalo de avaliação da QdVRS. Ou seja, cada pesquisador determina em que momento avaliar a QdVRS e por quantas vezes repetir a avaliação, no período do *follow-up*. Ainda são difíceis de encontrar os estudos com um seguimento prolongado dos participantes (Arndt *et al.*, 2008; Ganz *et al.*, 2002).

Num estudo desenvolvido nos Estados Unidos com 258 mulheres, das quais 109 fizeram mastectomia com reconstrução, 45 mastectomia sem reconstrução e 104 cirurgia conservadora, avaliou-se a QdVRS em cinco momentos: no pré-operatório e após 1, 6, 12 e 24 meses após a cirurgia (Parker *et al.*, 2007). O estudo mostrou que os escores de QdVRS no pré-operatório das mulheres que fizeram mastectomia eram mais baixos do que as que fizeram cirurgia conservadora, sendo que com o passar do tempo, principalmente no último momento da avaliação os escores eram muito semelhantes.

Num outro estudo, desenvolvido em Taiwan, que utilizou um método semelhante, participaram 173 mulheres que responderam os questionários em três momentos: no pré-operatório e ao final do primeiro e do segundo ano de *follow-up* (Shi *et al.*, 2011). Verificou-se que a QdVRS de todos os grupos melhorou com o passar do tempo e o grupo submetido a cirurgia conservadora teve escores mais elevados.

O efeito do tempo na QdVRS também pode ser observado num estudo realizado por Arndt e colaboradores (2008) que verificaram que as diferenças na QdVRS global entre as mulheres submetidas à cirurgia conservadora ou mastectomia aumentavam gradualmente com o passar do tempo e tornaram-se estatisticamente significativas somente na avaliação aos cinco anos após o diagnóstico, com melhores resultados para o grupo da cirurgia conservadora. Durante o *follow-up* a qualidade de vida global diminuiu para ambos os grupos, porém teve decréscimo mais acentuado nas mulheres submetidas à mastectomia. As mulheres que fizeram cirurgia conservadora apresentaram escores superiores em todos os períodos de avaliação.

O tratamento faz com que muitas mulheres deixem de realizar as atividades da vida diária, seus cuidados pessoais como também os cuidados voltados aos familiares, os serviços domésticos e também muitas deixam os seus empregos durante o período de tratamento. Todas estas questões podem levar as mulheres a sentirem-se incapazes ou fracassadas, o que reflete automaticamente num desempenho de papel ou função física menos eficiente e numa pior QdVRS (Fangel *et al.*, 2013).

O cancro da mama tem muita influência no que diz respeito aos aspectos emocionais da mulher. As diversas perdas sofridas durante o tratamento geram mudanças relativamente à autonomia e independência, na imagem corporal, na família, nas relações sociais ou no trabalho e estas questões parecem exercer grande impacto na QdVRS.

Na mulher que passa por uma experiência cirúrgica na mama, a imagem corporal pode ser influenciada por múltiplas variáveis como, por exemplo, o valor atribuído às mamas, a autoimagem pré e pós operatória, a relação com o parceiro, dentre outros fatores que são muito pessoais e variam de mulher para mulher.

Alguns estudos indicam que a mastectomia influencia a percepção negativa da imagem corporal, em comparação com a cirurgia conservadora (Arndt *et al.*, 2008; Markopoulos *et al.*, 2009; Shi *et al.*, 2011) sendo um resultado previsível diante da retirada da mama. Há ainda investigações que afirmam que as mulheres que fizeram cirurgia conservadora apresentaram uma melhor percepção da imagem corporal do que aquelas que fizeram a reconstrução imediata (Han *et al.*, 2010), ou há outras investigações que não encontraram diferenças entre esses grupos (Nano *et al.*, 2005). Também há estudos que mostraram que o tipo de cirurgia realizada não interfere na imagem corporal, seja ela conservadora, mastectomia com reconstrução ou mastectomia sem reconstrução (Poulsen *et al.*, 1997).

Estas divergências podem ser entendidas quando se considera que a imagem corporal pode ser definida como a imagem mental de um corpo, idealizada, uma atitude sobre a autoaparência física e estado de saúde, o funcionamento normal e a sexualidade do próprio corpo (Fobair *et al.*, 2006). De maneira geral, a sociedade atual é fortemente influenciada pela ideia de que o padrão de beleza é ter um corpo perfeito, uma forma física impecável e estes conceitos já são ditados às crianças desde muito cedo. De fato, esta supervalorização sociocultural do corpo é um fator que pode dificultar a adaptação da mulher frente às mudanças ocorridas devido aos tratamentos (Harriger *et al.*, 2010; Lima, Batista & Junior, 2013; Webb *et al.*, 2013).

O tratamento das mulheres que foram submetidas a alguma cirurgia é muitas vezes complementado com radioterapia ou quimioterapia nos meses que se seguem à cirurgia. Associados à radioterapia e quimioterapia estão efeitos secundários diversos que podem influenciar negativamente a QdVRS da mulher (Palazzi *et al.*, 2006).

A maioria das mulheres que realizam cirurgia conservadora tem o seu tratamento complementado com a radioterapia. Neste sentido, alguns autores sugerem que a

ausência de diferenças na QdVRS entre a mastectomia e a cirurgia conservadora, nos primeiros meses após a cirurgia, pode ser parcialmente explicada pela utilização da radioterapia imediatamente após a cirurgia conservadora (He *et al.*, 2012).

Um estudo mostrou que durante o tratamento com radioterapia, a QdVRS, as funções sociais e sexuais de pacientes submetidas à cirurgia conservadora sofreram diminuição de pontuação, o que foi revertido seis meses depois, com o término da radioterapia (Dow & Lafferty, 2000). Outro estudo comparou mulheres que fizeram radioterapia e mulheres que não fizeram radioterapia após cirurgia conservadora e indicou que, quem fez radioterapia teve um decréscimo na QdVRS somente no período do tratamento radioterápico, o que foi revertido imediatamente após o término do tratamento, igualando a QdVRS com o grupo que não fez radioterapia (Williams *et al.*, 2011). Desta forma, a radioterapia parece ter pouca influência na qualidade de vida global a longo prazo, mas muita influência a curto prazo (He *et al.*, 2012).

Uma investigação avaliou a QdVRS após cirurgia em quatro grupos de pacientes: (1) mastectomia e quimioterapia, (2) mastectomia sem quimioterapia, (3) cirurgia conservadora e quimioterapia e (4) cirurgia conservadora sem quimioterapia (Ganz *et al.*, 2004). Os questionários foram respondidos três semanas após o fim do tratamento, qualquer que ele fosse. As pacientes que foram tratadas apenas com cirurgia conservadora tiveram escores superiores na função física do que quem foi submetida apenas a mastectomia. Os escores para a função física foram melhores para as pacientes que apenas realizaram a cirurgia e não receberam quimioterapia depois. Os investigadores não encontraram diferenças nas funções emocionais entre os grupos. De maneira geral, os escores de QdVRS foram mais baixos para as mulheres que foram submetidas à mastectomia complementada com a quimioterapia.

Observa-se que, atualmente, a tendência da abordagem terapêutica é proporcionar medidas terapêuticas que tenham a mínima intervenção possível, garantindo o controle da doença e limitando ao máximo as morbidades, preservando a QdVRS (Veronesi & Zurrida, 2007). A preocupação com este tipo de medida, que preserva a QdVRS está em maior evidência do que apenas o aumento da sobrevida dos doentes.

OBJETIVOS

O presente estudo tem os seguintes objetivos:

- 1) Avaliar a QdVRS de mulheres submetidas a tratamento para o cancro da mama na Clínica da Mama do IPOPG e compará-la aos valores de referência da EORTC;
- 2) Análise comparativa da QdVRS entre os grupos etários: menos de 60 anos e mais de 60 anos;
- 3) Avaliar a evolução da QdVRS em função da cirurgia realizada, ou seja, as mulheres que não fizeram cirurgia, as que fizeram mastectomia, as que fizeram cirurgia conservadora e as que fizeram mastectomia com reconstrução;
- 4) Avaliar a evolução da QdVRS em função do tratamento realizado, ou seja, as mulheres que fizeram quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia, e as mulheres que não fizeram nenhum tratamento;
- 5) Avaliar a evolução da QdVRS em função do ciclo da doença, desde o momento do diagnóstico nos diferentes períodos: Consulta de grupo , menos de um ano, um ano, 2 a 4 anos, 5 a 9 anos e mais de 10 anos.

MATERIAL E MÉTODOS

Seleção da amostra

Este estudo integrou o projeto da Fundação Calouste Gulbenkian intitulado “Medição de Valor em Oncologia”, uma parceria do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, da Universidade Fernando Pessoa e do IPOPFG.

Os critérios de seleção foram: ser paciente do IPOPFG, ter diagnóstico de cancro da mama e concordar com a participação voluntariamente no estudo. Participaram 613 pacientes com cancro da mama que recorreram à Clínica da Mama do IPOPFG, para consulta médica ou de enfermagem, no período compreendido entre Janeiro de 2014 a Março de 2014.

Instrumentos

A avaliação da QdVRS foi realizada através da aplicação, em formato de papel, dos questionários EORTC QLQ-C30 (ver Anexo 1) e do seu módulo específico para o cancro da mama EORTC QLQ-BR23 (ver Anexo 2).

O QLQ-C30, versão 3.0, inclui cinco escalas funcionais (“Função física”, “Função de desempenho”, “Função emocional”, “Função cognitiva” e “Função social”), três escalas de sintomas (“Fadiga”, “Náuseas e vômitos” e “Dor”), seis itens simples que avaliam sintomas comumente relatados por doentes com cancro ou problemas adicionais (“Dispneia”, “Insónia”, “Perda de apetite”, “Prisão de ventre”, “Diarréia” e “Dificuldades financeiras”) uma escala de qualidade de vida e saúde global. É composto por 30 questões, às quais o respondente assinala a opção pretendida. As possibilidades de resposta variam, nas questões de 1 a 28, entre 1 e 4, sendo que: “1” corresponde a “Não”; “2” corresponde a “Um pouco”; “3” corresponde a “Bastante” e “4” corresponde a “Muito”. As questões 29 e 30 variam entre 1 a 7, sendo que “1” corresponde a “Péssimo” e “7” corresponde a “Ótimo”.

O módulo específico QLQ-BR23 compreende 23 perguntas, que avaliam: “Imagem corporal”, “Função sexual”, “Prazer sexual”, “Perspectivas de futuro” e os sintomas da doença: “Efeitos colaterais sistémicos da terapia”, “Sintomas na mama”, “Sintomas no braço” e “Incómodo pela perda de cabelo”.

Por ser um questionário que dá continuidade ao QLQ-C30, as questões do QLQ-BR23 seguem a numeração a partir do 30. Desta forma, as possibilidades de resposta das questões de 31 a 53 variam entre 1 e 4, sendo que: “1” corresponde a “Não”; “2” corresponde a “Um pouco”; “3” corresponde a “Bastante” e “4” corresponde a “Muito”.

Variáveis em estudo

Procedeu-se a recolha de dados sociodemográficos, recolhidos por entrevista com a própria doente ou através de consulta ao processo clínico eletrónico, onde também se consultou o tipo de cirurgia e o tipo de tratamento realizado bem como o tempo decorrido desde o diagnóstico.

As variáveis sociodemográficas incluídas na análise estatística foram: género, nacionalidade, distrito de residência, idade, escolaridade e estado civil.

Recolha e organização dos dados

Para se efetuar a recolha dos dados necessários para esta investigação, foi feito um pedido de autorização ao Conselho de Administração do IPOFG, à Comissão de Ética e à Clínica da Mama, serviço onde se realizou esta investigação, documento este que se encontra em anexo (ver Anexo 3).

As mulheres foram abordadas enquanto aguardavam pela consulta na Clínica da Mama, explicados os objetivos do estudo e assegurados o sigilo bem como o anonimato – após seu consentimento, procedeu-se a recolha de dados sociodemográficos e clínicos.

Análise estatística dos dados

Os resultados obtidos através dos questionários em papel foram informatizados, tendo sido construída uma base de dados, através da qual foram tratados e analisados. Foi utilizado o software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.

As pontuações das escalas obtidas variam de zero a 100, e um alto valor do escore representa um alto nível de resposta. Assim, se a pontuação apresentada na escala funcional for alta, isso representa um nível funcional mais elevado (“melhor”),

enquanto que uma pontuação alta na escala de sintomas representa um nível de sintomas e efeitos colaterais também alto (“pior”). Para o cálculo das pontuações geradas pelos questionários foram utilizadas as normas recomendadas pelo manual da EORTC (Fayers *et al.*, 2001).

Para fins de comparação, foram utilizados os valores de referência para a população com cancro da mama, recomendados pela EORTC (Scott *et al.*, 2008).

Para comparar a QdVRS com os valores de referência da EORTC foi utilizado o teste *t* de *Student* para uma amostra. Para examinar as diferenças entre os grupos etários (<60 anos e ≥60 anos) e entre quem fez ou não fez tratamento, foi utilizado o Teste *t* de *Student* para duas amostras independentes. Para comparar as pontuações obtidas entre os tipos cirúrgicos recorreu-se à ANOVA *one-way* seguida do teste *post-hoc* de *Fisher's least significant difference* (LSD), recomendado para comparações de médias de quatro grupos ou menos (Marôco, 2010). Por fim, para comparar os escores obtidos entre os momentos de avaliação recorreu-se à ANOVA *one-way* seguida do teste *post-hoc Tukey*, recomendado para muitos grupos (Marôco, 2010). O intervalo de confiança considerado foi de 95%, ou seja, com a probabilidade de erro de 5% (*p-value* < .05).

RESULTADOS

Variáveis sociodemográficas

As pacientes desta amostra pertencem na sua totalidade, ao género feminino. Relativamente à nacionalidade, a maioria é de nacionalidade portuguesa ($n = 597$), seguido de Angola ($n = 7$), Brasil ($n = 3$), França ($n = 2$), Moçambique ($n = 2$), Ucrânia ($n = 1$) e Venezuela ($n = 1$). São, na sua maioria, residentes no distrito do Porto ($n = 375$).

A idade média da amostra foi de 53,2 anos e o desvio padrão (DP) de 10,0. A idade variou entre um mínimo de 20 anos e um máximo de 83 anos. O grupo que teve o maior número de mulheres foi o grupo entre 50 e 59 anos, correspondendo a 38,7% da amostra. É possível verificar a distribuição etária da amostra na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição da amostra de acordo com os grupos etários

Idade	<i>n</i>	%
20A – 29A	3	0,5
30A – 39A	43	7,0
40A – 49A	175	28,5
50A – 59A	237	38,7
60A – 69A	115	18,8
70A – 79A	35	5,7
80A – 89A	5	0,8
Total	613	100,0

Quanto a variável escolaridade, observou-se que o nível mais frequente foi a conclusão do 1º ciclo do ensino básico (26,9%) com 4 anos de escolaridade, seguido do 3º ciclo do ensino básico (22,7%) com 9 anos de escolaridade e o ensino secundário (18,8%) com 12 anos de escolaridade conforme se pode verificar na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição da amostra de acordo com a escolaridade

Escolaridade	<i>n</i>	%
Analfabeta	2	0,3
Só sabe ler e escrever (<4A)	19	3,1
1º ciclo do ensino básico (4A)	165	26,9
2º ciclo do ensino básico (6A)	53	8,6
3º ciclo do ensino básico (9A)	139	22,7
Ensino secundário (12A)	115	18,8
Ensino médio	6	1,0
Licenciatura/Pós-graduação	106	17,3
Mestrado/Doutoramento	8	1,3
Total	613	100,0

Relativamente ao estado civil, o mais frequente é o casado ($n = 435$), seguido do solteiro ($n = 63$), divorciado ($n = 60$), viúvo ($n = 49$) e em união de facto ($n = 6$) tal como indicado na tabela 3.

Tabela 3. Distribuição da amostra de acordo com o estado civil

Estado Civil	<i>n</i>	%
Solteira	63	10,3
Casada	435	71,0
Viúva	49	8,0
Divorciada	60	9,8
União de Facto	6	1,0
Total	613	100,0

Variáveis clínicas

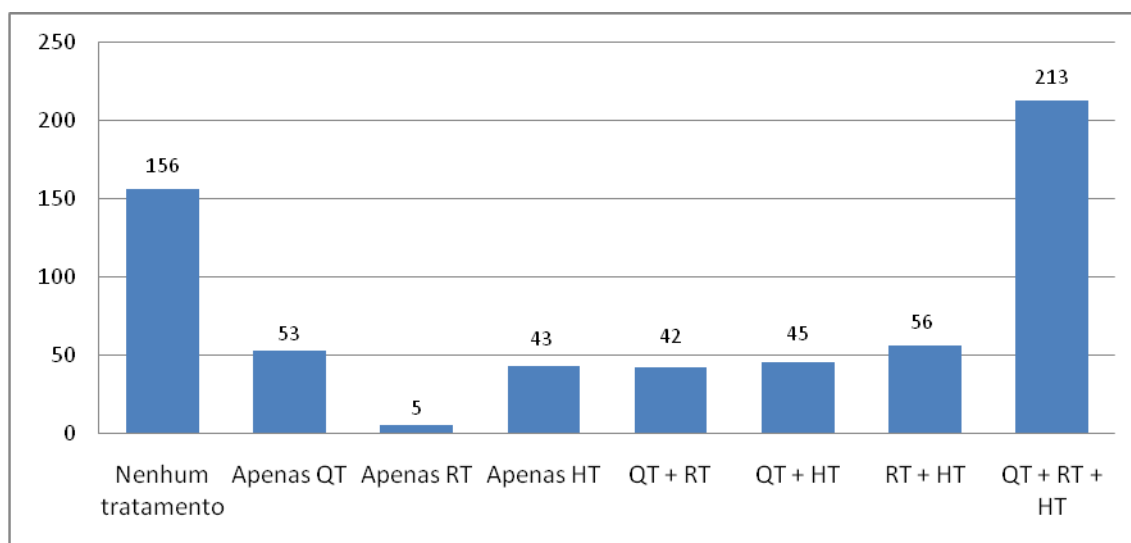
No que diz respeito ao tipo cirurgia realizada, constatou-se que a maioria foi submetida a mastectomia radical ($n = 267$) seguido por aquelas que foram submetidas a cirurgia conservadora ($n = 198$), como mostra a Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição da amostra de acordo com o tipo de cirurgia

Tipo de Cirurgia	<i>n</i>	%
Não fez	108	17,6
Mastectomia radical	267	43,6
Cirurgia conservadora	198	32,3
Mastectomia com reconstrução	40	6,5
Total	613	100,0

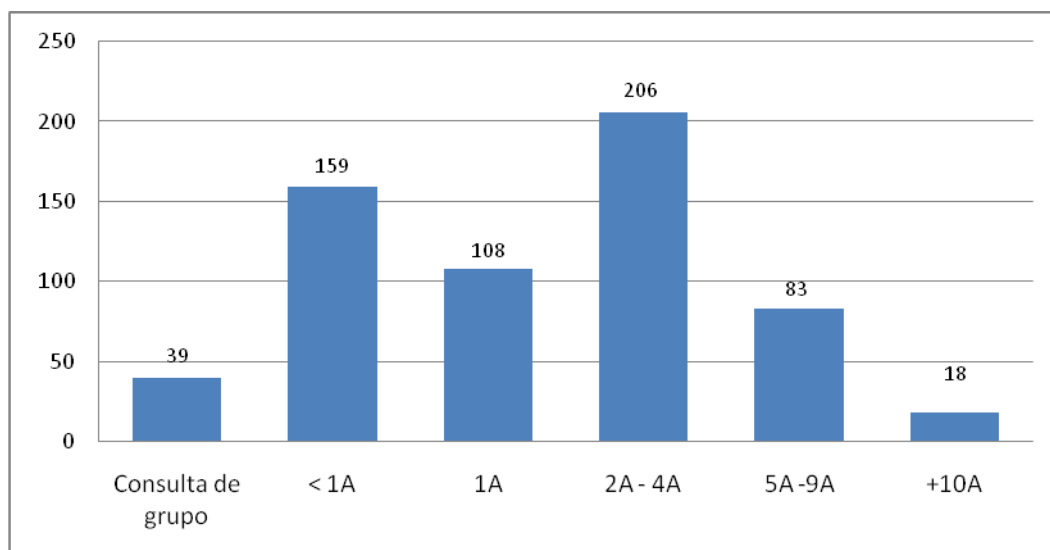
Relativamente aos tratamentos a que já tinha sido submetidas, verificou-se que a maioria das mulheres tinha realizado todos os tratamentos, isto é, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia ($n = 213$), seguidas das mulheres que não fizeram nenhum destes tratamentos ($n = 156$), como é possível verificar no Gráfico 2.

Gráfico 2. Distribuição da amostra de acordo com o tipo de tratamento (QT = Quimioterapia; RT = Radioterapia; HT = Hormonoterapia)



Relativamente ao tempo decorrido desde o diagnóstico, a maioria das mulheres estava no período entre 2 e 4 anos ($n = 206$), logo seguidas por aquelas que tinham tido conhecimento do diagnóstico há menos de 1 ano ($n = 159$), como pode-se verificar no Gráfico 3.

Gráfico 3. Distribuição da amostra de acordo com o tempo decorrido (A, anos) desde o diagnóstico.



Qualidade de vida em cancro da mama

Na tabela seguinte são apresentados os resultados de qualidade de vida obtidos nos instrumentos QLQ-C30 e QLQ-BR23 e os valores de referência da EORTC (ver Tabela 5).

Verificou-se que a qualidade de vida global alcançou a média de 60,4 ($DP = 22,5$), pontuação muito semelhante ao proposto pela EORTC, considerado desejável.

Quando comparadas as pontuações, foram identificadas diferenças significativas nas funções “Função de desempenho”, “Função emocional”, “Função cognitiva”, “Função social”, no sintoma “Fadiga” e nos itens simples “Dispneia”, “Insónia”, “Perda de apetite” e “Dificuldades financeiras”.

As pontuações obtidas na “Função social” ($M = 79,4$; $DP = 27,0$) e na “Função de desempenho” ($M = 77,2$; $DP = 27,0$), revelaram-se mais elevadas que os valores de referência fornecidos pela EORTC ($p = ,024$ e $p < ,001$, respectivamente).

Tabela 5. Comparação dos valores médios obtidos no questionário QLQ-C30 (n = 613) e os valores de referência da EORTC (média, M e desvio padrão DP).

	M (DP)	EORTC	p
Qualidade de vida global	60,4 (22,5)	61,8 (24,6)	<i>ns</i>
Estado funcional			
Função física	78,8 (17,7)	78,4 (21,3)	<i>ns</i>
Função de desempenho	77,2 (27,0)	70,9 (29,9)	<,001
Função emocional	66,1 (27,1)	68,6 (23,8)	,026
Função cognitiva	76,7 (26,1)	81,5 (21,8)	<,001
Função social	79,4 (27,0)	77,0 (27,1)	,024
Sintomas e itens simples			
Fadiga	30,7 (25,2)	33,3 (26,2)	,013
Náuseas e vômitos	7,3 (18,1)	7,7 (17,3)	<i>ns</i>
Dor	27,2 (27,5)	28,7 (28,7)	<i>ns</i>
Dispneia	9,2 (20,9)	18,1 (26,8)	<,001
Insônia	35,3 (33,0)	29,8 (31,6)	<,001
Perda de apetite	13,2 (25,2)	18,5 (28,9)	<,001
Prisão de ventre	18,3 (28,5)	17,4 (27,2)	<i>ns</i>
Diarreia	5,4 (14,8)	5,9 (15,4)	<i>ns</i>
Dificuldades financeiras	31,4 (35,1)	18,3 (27,8)	<,001

Já as pontuações obtidas na “Função emocional” (M = 66,1; DP = 27,1) e na “Função cognitiva” (M = 76,7; DP = 26,1) revelaram-se menores que os valores de referência fornecidos pela EORTC ($p = ,026$ e $p <,001$, respectivamente).

Verificou-se ainda que os itens simples “Insônia” (M = 35,3; DP = 33,0) e “Dificuldades financeiras” (M = 31,4; DP = 35,1) apresentaram pontuações mais elevadas que os valores recomendados pela EORTC ($p <,001$ e $p <,001$).

Já o sintoma “Fadiga” (M = 30,7; DP = 25,28) bem como os itens simples “Dispneia” (M = 9,2; DP = 20,9) e “Perda de apetite” (M = 13,2; DP = 25,2) apresentaram pontuações menores que os valores recomendados pela EORTC ($p = ,013$; $p <,001$ e $p <,001$, respectivamente).

Na tabela seguinte são apresentados os resultados obtidos no QLQ-BR23. (Tabela 6).

Tabela 6. Comparação dos valores médios obtidos no questionário QLQ-BR23 (n = 613) e os valores de referência da EORTC (média, M e desvio padrão DP).

	<i>M (DP)</i>	EORTC	<i>p</i>
Estado funcional			
Imagem corporal	77,8 (27,3)	82,7 (22,9)	<,001
Função sexual	25,7 (23,7)	19,5 (22,8)	<,001
Prazer sexual ¹	43,0 (28,8)	53,1 (27,1)	<,001
Perspectivas de futuro	38,9 (35,7)	47,3 (33,7)	<,001
Sintomas e item simples			
Efeitos colaterais sistémicos da terapia	18,8 (18,5)	15,5 (13,5)	<,001
Sintomas na mama	19,0 (20,9)	16,2 (16,8)	<,001
Sintomas no braço	24,5 (23,6)	18,7 (20,5)	<,001
Incómodo pela perda de cabelo ²	31,2 (35,9)	5,0 (18,2)	<,001

Foram encontradas diferenças altamente significativas em todas as escalas funcionais, em todas as escalas de sintomas bem como no item simples ($p <,001$).

À exceção da “Função sexual”, as demais escalas funcionais apresentaram sempre pontuações menos elevadas que os valores de referência fornecidos pela EORTC ($p <,001$). Os sintomas bem como o item simples apresentaram pontuações sempre mais elevadas que os valores de referência fornecidos pela EORTC ($p <,001$).

¹Esta escala teve n = 362

²Esta escala teve n = 211

Qualidade de vida em função da idade

Para a avaliação da QdVRS em função da idade, optou-se por categorizar a amostra em dois grupos: menores de 60 anos ou com idade igual ou superior a 60 anos.

Convém lembrar que se a pontuação apresentada nos estados funcionais for alta, isso representa um nível funcional mais elevado (“melhor”), enquanto que uma pontuação alta na escala de sintomas representa um nível de sintomas e efeitos colaterais também alto (“pior”).

No que diz respeito ao QLQ-C30, foram encontradas diferenças entre os grupos na função “Função física” e nos itens simples “Insónia” e “Prisão de ventre”.

Tabela 7. Comparação dos valores obtidos no questionário QLQ-C30 (n = 613) em dois grupos etários - com mais e com menos de 60 anos de idade (média, M e desvio padrão DP).

	< 60 anos n = 458 M (DP)	≥ 60 anos n = 155 M (DP)	p
Qualidade de vida global	60,95 (22,21)	59,03 (23,36)	<i>ns</i>
Estado funcional			
Função física	79,97 (16,97)	75,39 (19,55)	,006
Função de desempenho	77,47 (26,17)	76,51 (29,76)	<i>ns</i>
Função emocional	66,79 (26,20)	64,21 (29,61)	<i>ns</i>
Função cognitiva	77,31 (26,12)	75,00 (26,42)	<i>ns</i>
Função social	79,08 (27,09)	80,84 (26,93)	<i>ns</i>
Sintomas e itens simples			
Fadiga	30,40 (25,33)	31,72 (25,17)	<i>ns</i>
Náuseas e vômitos	7,65 (18,66)	6,53 (16,69)	<i>ns</i>
Dor	26,12 (26,36)	30,51 (30,71)	<i>ns</i>
Dispneia	9,30 (20,61)	9,09 (21,98)	<i>ns</i>
Insónia	33,84 (32,32)	39,82 (34,94)	,050
Perda de apetite	13,34 (25,82)	12,90 (23,53)	<i>ns</i>
Prisão de ventre	16,70 (27,22)	23,22 (31,63)	,014
Diarreia	5,84 (15,30)	4,30 (13,54)	<i>ns</i>
Dificuldades financeiras	32,96 (35,12)	26,96 (34,89)	<i>ns</i>

No que se refere a “Função física”, as mulheres com menos de 60 anos ($M = 79,97$, $DP = 16,97$) apresentaram pontuações significativamente mais elevadas ($p = ,006$) do que as mulheres com mais de 60 anos ($M = 75,39$, $DP = 19,55$).

Relativamente ao item simples “Insónia”, as mulheres com mais de 60 anos ($M = 39,82$, $DP = 34,94$) tiveram pontuações significativamente maiores do que as mulheres com menos de 60 anos ($M = 33,84$, $DP = 32,32$), $p = ,050$. Semelhantemente, no item simples “Prisão de ventre”, as mulheres com mais de 60 anos ($M = 23,22$, $DP = 31,63$) também obtiveram pontuações significativamente superiores do que as mulheres com menos de 60 anos ($M = 16,70$, $DP = 27,22$), $p = ,014$.

Na tabela seguinte estão representados os valores médios obtidos no questionário QLQ-BR23 nos dois grupos etários considerados (Tabela 8).

Tabela 8. Comparação dos valores obtidos no questionário QLQ-BR23 ($n = 613$) em dois grupos etários - com mais e com menos de 60 anos de idade (média, M e desvio padrão DP).

	< 60 anos $n = 458$ $M (DP)$	≥ 60 anos $n = 155$ $M (DP)$	p
Estado funcional			
Imagem corporal	76,81 (28,27)	81,30 (24,08)	<i>ns</i>
Função sexual	27,27 (23,72)	20,75 (23,78)	,015
Prazer sexual	44,49 (28,99)	36,17 (27,65)	<i>ns</i>
Perspectivas de futuro	37,39 (35,50)	44,01 (36,21)	<i>ns</i>
Sintomas e item simples			
Efeitos colaterais sistémicos da terapia	18,87 (18,89)	18,60 (17,45)	<i>ns</i>
Sintomas na mama	18,86 (20,97)	19,74 (20,89)	<i>ns</i>
Sintomas no braço	23,69 (23,46)	27,12 (24,02)	<i>ns</i>
Incómodo pela perda de cabelo	31,51 (36,85)	30,43 (32,83)	<i>ns</i>

Verificou-se que a “Função sexual” apresentou uma diferença significativa ($p = ,015$) entre os dois grupos etários, sendo que as mulheres mais jovens apresentaram pontuações mais elevadas para esta função.

Qualidade de vida em função do tipo de cirurgia

No que se refere ao tipo de cirurgia, ou seja, quem não fez cirurgia, quem fez mastectomia, quem fez cirurgia conservadora e quem fez mastectomia com reconstrução e o instrumento QLQ-C30, foram encontradas diferenças significativas na “Qualidade de vida global” ($p = ,004$), “Função física” ($p = ,032$), “Função de desempenho” ($p = ,002$), “Função emocional” ($p = ,050$), “Função social” ($p = ,036$), “Fadiga” ($p = ,018$), “Dor” ($p = ,025$) e “Dificuldades financeiras” ($p = ,012$) (ver Tabela 9).

Tabela 9. Valores médios de qualidade de vida global, dos estados funcionais e dos sintomas do questionário QLQ-C30 ($n = 613$), em função do tipo de cirurgia (média, M e desvio padrão DP).

	SC n=108 M (DP)	M n=267 M (DP)	CC n=198 M (DP)	M+R n=40 M (DP)	p
Qualidade de vida global	61,05 (21,65)	60,69 (22,28)	62,30 (22,93)	48,33 (21,03)	,004
Estado funcional					
Função física	82,70 (16,47)	77,57 (18,16)	79,25 (17,95)	74,52 (15,74)	,032
Função de desempenho	83,96 (21,54)	75,94 (27,48)	77,77 (27,47)	65,41 (31,21)	,002
Função emocional	68,14 (25,69)	67,32 (27,33)	65,63 (27,14)	55,12 (27,54)	,050
Função cognitiva	77,77 (25,57)	76,19 (26,77)	78,34 (25,40)	69,23 (27,44)	ns
Função social	84,41 (25,09)	77,69 (28,06)	80,77 (25,81)	71,66 (29,28)	,036
Sintomas e itens simples					
Fadiga	27,61 (21,55)	31,23 (26,01)	29,51 (25,25)	42,59 (27,28)	,018
Náuseas e vômitos	6,07 (17,49)	6,52 (17,12)	8,12 (19,17)	12,82 (21,10)	ns
Dor	23,08 (24,17)	28,33 (28,28)	25,80 (27,42)	38,03 (29,60)	,025
Dispneia	6,91 (15,06)	8,11 (19,08)	11,33 (24,99)	12,82 (23,71)	ns
Insónia	36,41 (33,96)	34,46 (31,89)	33,84 (34,08)	45,83 (32,63)	ns
Perda de apetite	12,46 (24,87)	15,35 (27,59)	10,43 (21,84)	15,00 (24,97)	ns
Prisão de ventre	15,74 (28,26)	19,54 (27,96)	17,50 (29,21)	21,66 (29,76)	ns
Diarreia	5,55 (12,48)	6,39 (17,03)	4,54 (13,71)	3,41 (10,24)	ns
Dificuldades financeiras	24,07 (35,25)	31,82 (33,67)	32,30 (35,73)	45,29 (37,84)	,012

Nota: SC= Sem Cirurgia; M= Mastectomia; CC= Cirurgia Conservadora; M+R= Mastectomia com Reconstrução

No que se refere a “Qualidade de vida global”, o teste *post-hoc* indicou que as doentes que fizeram mastectomia com reconstrução ($M = 48,33$, $DP = 21,03$) tiveram pontuações significativamente mais baixas do que as doentes que não fizeram cirurgia ($M = 61,05$, $DP = 21,65$), do que as doentes que fizeram mastectomia ($M = 60,69$, $DP = 22,28$) e do que as doentes que fizeram cirurgia conservadora ($M = 62,30$, $DP = 22,93$), $p = ,002$; $p = ,001$ e $p < ,001$, respectivamente (ver Gráfico 4).

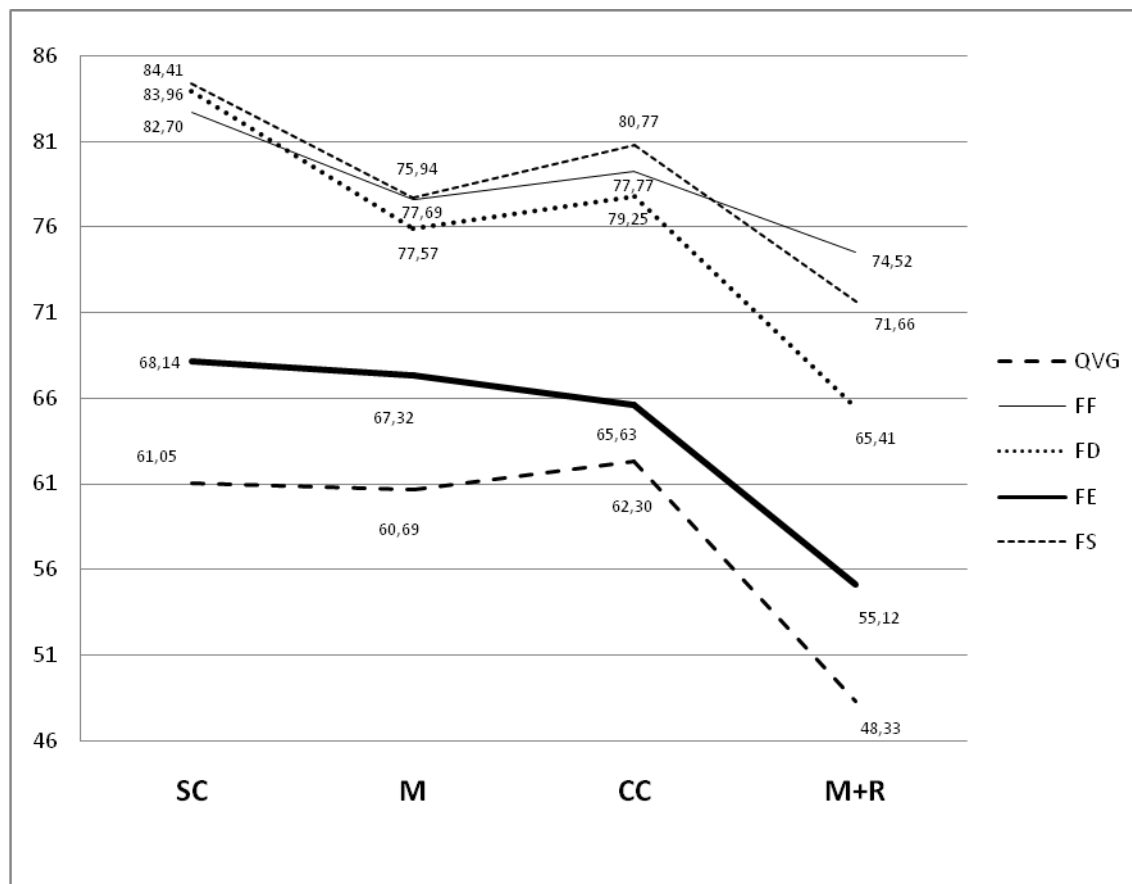
No que se refere a “Função física” foram encontradas diferenças significativas entre quem não fez cirurgia ($M = 82,70$, $DP = 16,47$) e quem fez mastectomia ($M = 77,57$, $DP = 18,16$), e entre quem não fez cirurgia e quem fez mastectomia com reconstrução ($M = 74,52$, $DP = 15,74$), $p = ,012$ e $p = ,014$, respectivamente. Quem não fez cirurgia teve as pontuações mais elevadas (ver Gráfico 4).

Na “Função de desempenho” pode-se observar diferença significativa entre quem não fez cirurgia ($M = 83,96$, $DP = 21,54$) e quem fez mastectomia ($M = 75,94$, $DP = 27,48$), $p = ,010$. Quem não fez cirurgia teve pontuação mais elevada. Também foram encontradas diferenças significativas entre quem fez mastectomia com reconstrução ($M = 65,41$, $DP = 31,21$) e os demais grupos: quem não fez cirurgia ($M = 83,96$, $DP = 21,54$), $p < ,001$, quem fez mastectomia ($M = 75,94$, $DP = 27,48$), $p = ,021$, e quem fez cirurgia conservadora ($M = 77,77$, $DP = 27,47$), $p = ,008$. Quem fez mastectomia com reconstrução teve as pontuações mais baixas (ver Gráfico 4).

Relativamente a “Função Emocional” foram encontradas diferenças significativas entre quem fez mastectomia com reconstrução ($M = 55,12$, $DP = 27,54$) e os demais grupos: quem não fez cirurgia ($M = 68,14$, $DP = 25,69$), $p = ,010$, quem fez mastectomia ($M = 67,32$, $DP = 27,33$), $p = ,009$, e quem fez cirurgia conservadora ($M = 65,63$, $DP = 27,14$), $p = ,027$. Quem fez mastectomia com reconstrução teve as pontuações mais baixas (ver Gráfico 4).

No que diz respeito a “Função social”, existem diferenças significativas entre quem não fez cirurgia ($M = 84,41$, $DP = 25,09$) e os grupos: mastectomia ($M = 77,69$, $DP = 28,06$), $p = ,030$, e mastectomia com reconstrução ($M = 71,66$, $DP = 29,28$), $p = ,011$. Quem não fez cirurgia teve as pontuações mais elevadas (ver Gráfico 4).

Gráfico 4. Valores médios observados em: “Qualidade de vida global”, “Função física”, “Função de desempenho”, “Função emocional” e “Função social” de acordo com o tipo de cirurgia a que as mulheres foram submetidas (SC= Sem Cirurgia; M= Mastectomia; CC= Cirurgia Conservadora; M+R= Mastectomia com Reconstrução)



Nota: QVG = Qualidade de vida global; FF = Função física; FD = Função de desempenho; FE = Função emocional; FS = Função social.

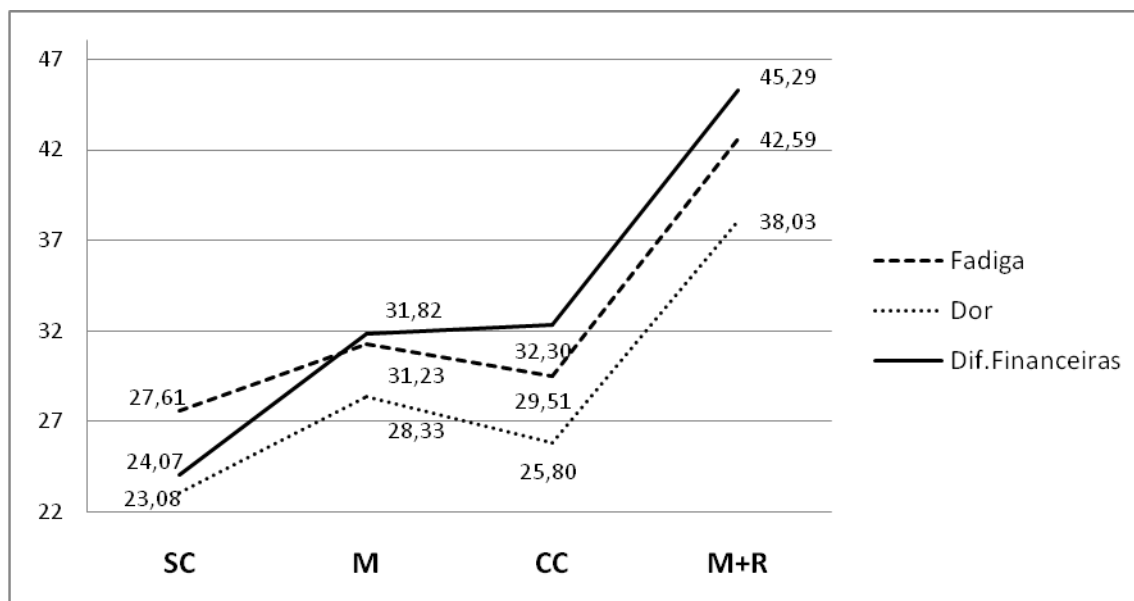
Relativamente ao sintoma “Fadiga”, segundo o teste *post-hoc*, pode-se observar diferença significativa entre quem fez mastectomia com reconstrução ($M = 42,59$, $DP = 27,28$) e os outros grupos: quem não fez cirurgia ($M = 27,61$, $DP = 21,55$), $p = ,002$, quem fez mastectomia ($M = 31,23$, $DP = 26,01$), $p = ,011$, e quem fez cirurgia conservadora ($M = 29,51$, $DP = 25,25$), $p = ,004$. Quem fez mastectomia com reconstrução teve a pontuação mais elevada (ver Gráfico 5).

No que se refere a “Dor”, existem diferenças significativas entre quem fez mastectomia com reconstrução ($M = 38,03$, $DP = 29,60$) e os grupos: quem não fez cirurgia ($M = 23,08$, $DP = 24,17$), $p = ,004$, quem fez mastectomia ($M = 28,33$, $DP =$

28,28), $p = ,040$, e quem fez cirurgia conservadora ($M = 25,80$, $DP = 27,42$), $p = ,011$. Aquelas que fizeram mastectomia com reconstrução tiveram as pontuações mais elevadas (ver Gráfico 5).

Relativamente a “Dificuldades financeiras” pode-se observar diferenças significativas entre quem fez mastectomia com reconstrução ($M = 45,29$, $DP = 37,84$) e os grupos: quem não fez cirurgia ($M = 24,07$, $DP = 35,25$), $p = ,001$, quem fez mastectomia ($M = 31,82$, $DP = 33,67$), $p = ,025$, e quem fez cirurgia conservadora ($M = 32,30$, $DP = 35,73$), $p = ,034$. Quem fez mastectomia com reconstrução, novamente, teve as pontuações mais elevadas (ver Gráfico 5).

Gráfico 5. Valores médios observados para os sintomas “Fadiga”, “Dor” e item simples “Dificuldades financeiras”, de acordo com o tipo de cirurgia a que as mulheres foram submetidas (SC= Sem Cirurgia; M= Mastectomia; CC= Cirurgia Conservadora; M+R= Mastectomia com Reconstrução)



Relativamente ao instrumento QLQ-BR23 e a comparação entre os tipos cirúrgicos (sem cirurgia, mastectomia, cirurgia conservadora e mastectomia com reconstrução), constatou-se que existem diferenças significativas entre os grupos na “Imagem corporal”, $p < ,001$, “Sintomas na mama”, $p = ,002$ e “Sintomas no braço”, $p = ,017$ (ver Tabela 10).

Tabela 10. Valores médios obtidos para os estados funcionais e dos sintomas do questionário QLQ-BR23 (n = 613), em função do tipo de cirurgia (média, M e desvio padrão DP).

	SC n = 108 M (DP)	M n = 267 M (DP)	CC n = 198 M (DP)	M+R n = 40 M (DP)	p
Estado funcional					
Imagem corporal	86,38 (24,36)	72,64 (30,17)	82,48 (21,77)	69,37 (30,15)	<,001
Função sexual	23,77 (23,11)	27,77 (24,73)	24,59 (23,88)	23,73 (18,64)	ns
Prazer sexual	42,27 (27,91)	45,76 (29,17)	40,17 (28,09)	40,00 (31,91)	ns
Perspectivas de futuro	42,75 (36,75)	36,44 (33,68)	41,71 (38,10)	33,73 (34,19)	ns
Sintomas e item simples					
Efeitos colaterais sistémicos da terapia	19,91 (19,95)	18,63 (17,70)	17,36 (17,83)	24,21 (22,67)	ns
Sintomas na mama	17,53 (19,74)	17,69 (19,34)	19,34 (21,60)	30,83 (26,90)	,002
Sintomas no braço	21,38 (23,59)	25,47 (23,76)	23,01 (22,65)	34,44 (25,38)	,017
Incómodo pela perda de cabelo	18,62 (29,80)	34,31 (37,36)	32,20 (34,99)	35,41 (39,38)	ns

Nota: SC= Sem Cirurgia; M= Mastectomia; CC= Cirurgia Conservadora; M+R= Mastectomia com Reconstrução

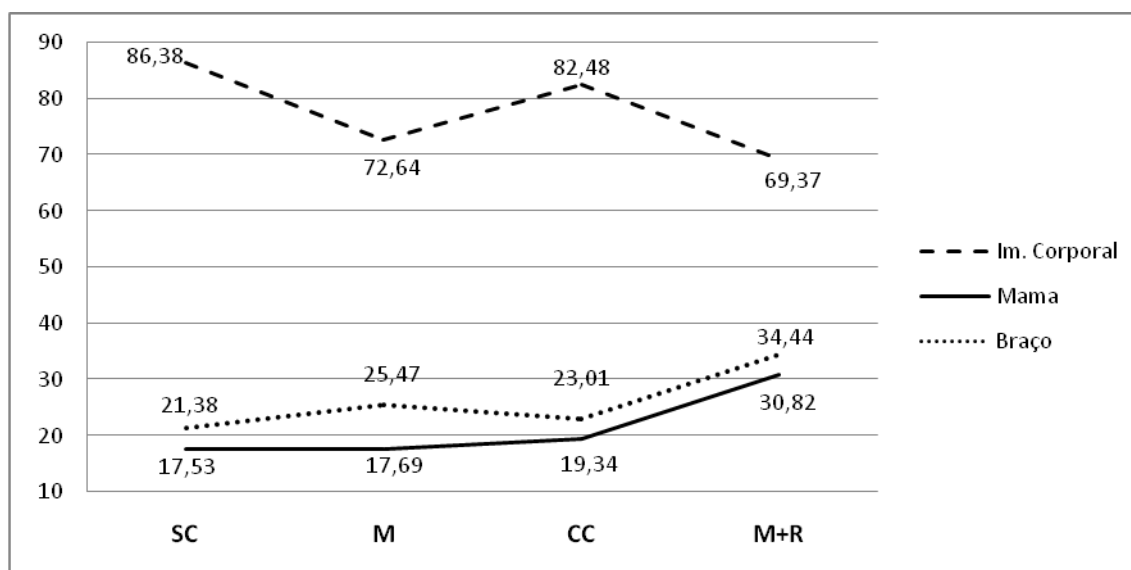
No que respeita à “Imagem Corporal”, pode-se observar diferenças significativas entre as doentes que não fizeram cirurgia (M = 86,38, DP = 24,36) e os grupos: mastectomia (M = 72,64, DP = 30,17), $p < ,001$, e mastectomia com reconstrução (M = 69,37, DP = 30,15), $p < ,001$. Quem não fez cirurgia teve pontuações mais elevadas. Também pode-se observar diferença significativa entre quem fez cirurgia conservadora (M = 82,48, DP = 21,77) e os grupos: mastectomia (M = 72,64, DP = 30,17), $p < ,001$, e mastectomia com reconstrução (M = 69,37, DP = 30,15), $p = ,006$. Quem fez cirurgia conservadora teve a pontuação mais elevada (ver Gráfico 6).

No que se refere aos “Sintomas na mama” constatou-se que existem diferenças significativas entre quem fez mastectomia com reconstrução (M = 30,83, DP = 26,90) e os outros grupos: quem não fez cirurgia (M = 17,53, DP = 19,74), $p < ,001$, mastectomia (M = 17,69, DP = 19,34), $p < ,001$, e cirurgia conservadora (M = 19,34, DP = 21,60), $p < ,001$.

,001. Quem fez mastectomia com reconstrução teve as pontuações mais elevadas (ver Gráfico 6).

Relativamente aos “Sintomas de braço” pode-se observar diferenças significativas entre quem fez mastectomia com reconstrução ($M = 34,44$, $DP = 25,38$) e os demais grupos: quem não fez cirurgia ($M = 21,38$, $DP = 23,59$), $p = ,003$, mastectomia ($M = 25,47$, $DP = 23,76$), $p = ,025$ e cirurgia conservadora ($M = 23,01$, $DP = 22,65$), $p = ,005$. Quem fez mastectomia com reconstrução teve as pontuações mais elevadas (ver Gráfico 6).

Gráfico 6. Valores médios observados para “Imagem corporal”, “Sintomas na mama” e “Sintomas no braço” de acordo com o tipo de cirurgia a que as mulheres foram submetidas (SC= Sem Cirurgia; M= Mastectomia; CC= Cirurgia Conservadora; M+R= Mastectomia com Reconstrução)



Qualidade de vida em função do tratamento

Para a avaliação da QdVRS em função do tratamento, optou-se por categorizar a amostra em dois grupos: os que não fizeram nenhum tratamento ($n = 156$) e os que fizeram todos os tratamentos combinados ($n = 213$), ou seja, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia. Optou-se por esta categorização uma vez que estes dois grupos correspondem aos maiores grupos da amostra.

A comparação entre quem não fez tratamento e quem fez todos os tratamentos, relativamente ao instrumento QLQ-C30 apontou para diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na “Função física” e “Dificuldades financeiras” (ver Tabela 11).

Tabela 11. Valores médios e desvios padrões de qualidade de vida global, dos estados funcionais e dos sintomas do questionário QLQ-C30 (n = 613), em função do tipo de tratamento

	Sem tratamento	Todos ¹	
	n = 156	n = 213	p
	M (DP)	M (DP)	
Qualidade de vida global	58,92 (21,64)	59,74 (22,77)	<i>ns</i>
Estado funcional			
Função física	80,39 (17,61)	76,37 (19,07)	,040
Função de desempenho	77,67 (27,38)	75,31 (27,14)	<i>ns</i>
Função emocional	64,70 (26,38)	64,51 (27,86)	<i>ns</i>
Função cognitiva	75,75 (26,93)	75,90 (26,13)	<i>ns</i>
Função social	81,94 (24,16)	78,60 (28,43)	<i>ns</i>
Sintomas e itens simples			
Fadiga	29,30 (23,18)	32,05 (27,34)	<i>ns</i>
Náuseas e vômitos	5,62 (15,15)	7,86 (18,38)	<i>ns</i>
Dor	26,20 (26,06)	30,03 (29,33)	<i>ns</i>
Dispneia	9,74 (20,14)	11,58 (24,69)	<i>ns</i>
Insónia	39,13 (34,43)	33,48 (32,78)	<i>ns</i>
Perda de apetite	12,90 (23,84)	14,55 (27,69)	<i>ns</i>
Prisão de ventre	12,09 (27,43)	20,91 (30,92)	<i>ns</i>
Diarreia	5,34 (14,41)	5,32 (14,21)	<i>ns</i>
Dificuldades financeiras	26,23 (34,39)	35,86 (36,28)	,011

¹Pacientes que foram submetidas à quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia

No que se refere a “Função física”, o teste *post-hoc* indicou que quem não fez nenhum tratamento (M = 80,39, DP = 17,61) tem pontuações estatisticamente significativas, mais elevadas do que quem fez todos os tratamentos (M = 76,37, DP = 19,07), *p* = ,040.

Relativamente a “Dificuldades financeiras”, foram encontrados diferença estatisticamente significativa entre quem não fez nenhum tratamento ($M = 26,23$, $DP = 34,39$) e quem fez todos os tratamentos ($M = 35,86$, $DP = 36,28$), $p = ,011$. Quem fez todos os tratamentos teve pontuações mais elevadas do que quem não fez nenhum tratamento.

A Tabela 12 mostra a comparação entre quem não fez tratamento e quem fez todos os tratamentos, relativamente ao instrumento QLQ-BR23. Foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em “Imagem corporal” e “Sintomas no braço”.

Tabela 12. Valores médios e desvios padrões dos estados funcionais e dos sintomas do questionário QLQ-BR23 ($n = 613$), em função do tipo de tratamento

	Sem tratamento	Todos ¹	
	<i>n</i> = 156	<i>n</i> = 213	<i>p</i>
	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>M</i> (<i>DP</i>)	
Estado funcional			
Imagem corporal	80,73 (26,15)	74,35 (29,00)	,043
Função sexual	24,40 (23,02)	28,66 (26,00)	<i>ns</i>
Prazer sexual	45,35 (31,05)	45,36 (26,86)	<i>ns</i>
Perspectivas de futuro	41,24 (34,88)	39,09 (35,98)	<i>ns</i>
Sintomas e item simples			
Efeitos colaterais sistémicos da terapia	17,79 (18,78)	19,19 (19,13)	<i>ns</i>
Sintomas na mama	21,76 (22,14)	19,20 (21,83)	<i>ns</i>
Sintomas no braço	22,07 (23,11)	28,03 (23,33)	,016
Incómodo pela perda de cabelo	22,22 (30,90)	30,55 (36,14)	<i>ns</i>

¹Pacientes que foram submetidas à quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia

No que se refere a “Imagem corporal”, foram observadas diferenças significativas entre as mulheres pertencentes ao grupo que não fez nenhum tratamento ($M = 80,73$, DP

= 26,15) e as mulheres que fizeram todos os tratamentos ($M = 74,35$, $DP = 29,00$), $p = ,043$. Quem não fez nenhum tratamento teve as pontuações mais elevadas.

Relativamente a “Sintomas no braço” foram observadas diferenças significativas entre as mulheres pertencentes ao grupo que não fez nenhum tratamento ($M = 22,07$, $DP = 23,11$) e as mulheres que fizeram todos os tratamentos ($M = 28,03$, $DP = 23,33$), $p = ,016$. Quem fez todos os tratamentos teve as pontuações mais elevadas.

Qualidade de vida em função do tempo decorrido desde o diagnóstico

Relativamente ao tempo decorrido desde o diagnóstico, optou-se por categorizar as pacientes nos seguintes grupos: consulta de grupo (CG), menos de um ano (<1A), um ano (1A), de dois a quatro anos (2A – 4A), de cinco a nove anos (5A – 9A), mais de dez anos (+10A).

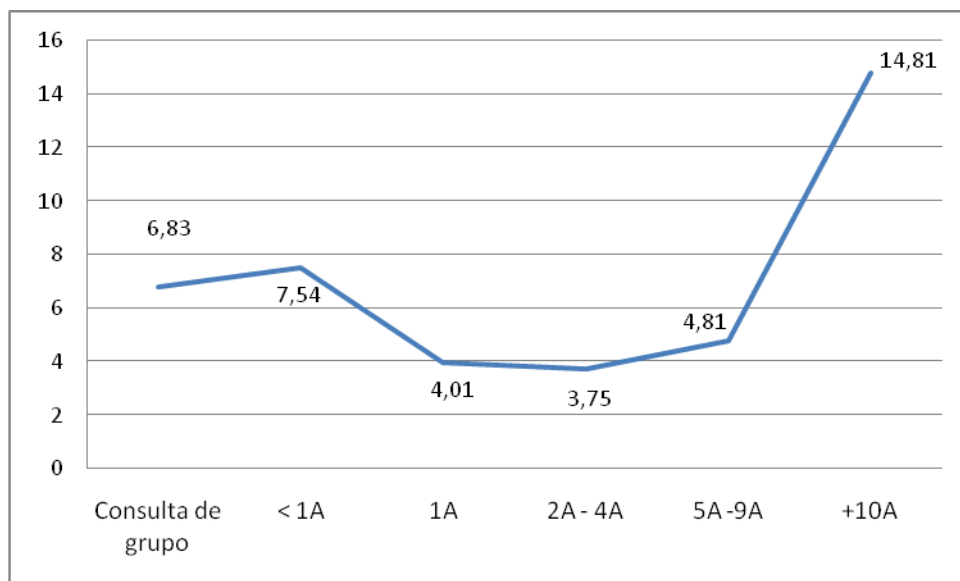
No instrumento QLQ-C30, não foram observados valores significativos, à exceção do sintoma “Diarreia”, $p = ,013$ (ver Tabela 13).

Tabela 13. Valores médios e desvios padrões de qualidade de vida global, dos estados funcionais e dos sintomas do questionário QLQ-C30 (n = 613), em função do tempo decorrido desde o diagnóstico (A, anos).

	CG n = 39 M (DP)	< 1A n = 159 M (DP)	1A n = 108 M (DP)	2A-4A n = 206 M (DP)	5A-9A n = 83 M (DP)	+10A n = 18 M (DP)	p
Qualidade de vida global	56,35 (20,72)	58,75 (21,99)	64,27 (22,18)	61,19 (23,81)	60,84 (21,05)	51,38 (21,05)	<i>ns</i>
Estado funcional							
Função física	79,31 (16,52)	77,84 (19,24)	80,63 (15,94)	77,79 (18,99)	80,72 (15,01)	78,51 (14,01)	<i>ns</i>
Função de desempenho	76,75 (24,97)	73,99 (30,44)	81,46 (23,15)	76,40 (27,59)	79,06 (24,81)	82,40 (24,56)	<i>ns</i>
Função emocional	71,62 (23,52)	63,80 (27,79)	70,75 (25,74)	64,68 (29,05)	67,36 (23,57)	57,84 (25,59)	<i>ns</i>
Função cognitiva	78,63 (25,91)	76,51 (28,45)	77,16 (23,30)	76,02 (27,30)	78,04 (21,89)	73,52 (30,65)	<i>ns</i>
Função social	85,52 (20,92)	75,84 (28,50)	80,50 (26,57)	79,95 (27,93)	80,69 (26,11)	82,35 (19,95)	<i>ns</i>
Sintomas e itens simples							
Fadiga	29,84 (22,34)	34,46 (24,91)	28,03 (23,66)	31,28 (26,97)	27,17 (25,51)	25,69 (19,34)	<i>ns</i>
Náuseas e vômitos	3,84 (8,93)	8,92 (20,39)	6,23 (16,11)	6,78 (17,71)	9,63 (21,32)	4,62 (12,53)	<i>ns</i>
Dor	21,36 (19,86)	30,89 (29,34)	24,92 (25,22)	26,87 (29,41)	26,50 (26,03)	26,85 (23,66)	<i>ns</i>
Dispneia	11,11 (19,24)	8,86 (20,40)	8,33 (18,30)	11,11 (24,23)	6,4 (18,37)	5,88 (13,09)	<i>ns</i>
Insônia	39,31 (34,08)	39,24 (33,96)	32,71 (33,64)	34,30 (32,07)	32,12 (33,10)	35,18 (31,25)	<i>ns</i>
Perda de apetite	9,64 (17,17)	17,61 (28,76)	13,27 (25,34)	11,16 (23,72)	12,85 (25,94)	7,40 (14,75)	<i>ns</i>
Prisão de ventre	17,94 (26,32)	16,17 (27,27)	20,06 (30,20)	18,69 (28,24)	20,48 (31,16)	9,25 (25,06)	<i>ns</i>
Diarreia	6,83 (15,63)	7,54 (17,15)	4,01 (15,59)	3,75 (11,07)	4,81 (12,89)	14,81 (26,12)	,013
Dificuldades financeiras	33,33 (40,46)	30,14 (34,95)	32,71 (35,29)	32,67 (34,30)	29,67 (35,13)	25,49 (36,38)	<i>ns</i>

Relativamente a “Diarreia”, foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo +10A ($M = 6,83$, $DP = 15,63$) e o grupo 1A ($M = 4,01$, $DP = 15,59$), $p = ,048$; e entre o grupo de 2A – 4A ($M = 3,75$, $DP = 11,07$), $p = ,029$. O grupo +10A teve as pontuações mais elevadas (ver Gráfico 7).

Gráfico 7. Valores médios do sintoma “Diarreia” de acordo com o tempo decorrido desde o diagnóstico (em anos)



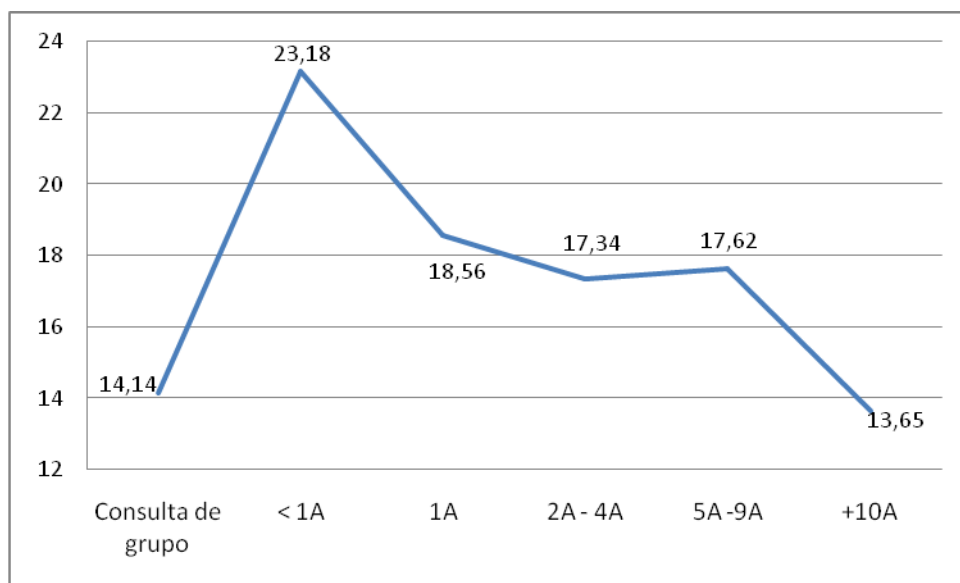
Relativamente ao instrumento QLQ-BR23, constatou-se que existem diferenças significativas entre os grupos no que se refere a “Efeitos colaterais sistémicos da terapia”, $p = ,024$ (ver Tabela 14).

Tabela 14. Valores médios e desvios padrões obtidos no questionário QLQ-BR23 (n = 613), em função do tempo decorrido desde o diagnóstico (A, anos).

	CG	< 1A	1A	2A - 4A	5A - 9A	+ 10A	
	n = 39	n = 159	n = 108	n = 206	n = 83	n = 18	p
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	
Estado funcional							
Imagem corporal	79,70 (31,97)	79,77 (24,69)	79,02 (25,04)	74,76 (30,60)	77,21 (25,55)	87,50 (17,52)	ns
Função sexual	30,64 (23,21)	23,38 (23,27)	24,78 (24,86)	25,32 (22,77)	30,76 (26,48)	29,16 (23,14)	ns
Prazer sexual	44,44 (32,20)	41,02 (28,72)	44,18 (29,74)	39,66 (27,90)	52,68 (26,90)	83,33 (23,57)	ns
Perspectivas de futuro	42,73 (38,20)	34,72 (33,65)	34,36 (34,17)	42,08 (37,11)	40,51 (36,55)	57,14 (33,14)	ns
Sintomas e item simples							
Efeitos colaterais sistêmicos da terapia	14,14 (14,85)	23,18 (20,42)	18,56 (16,41)	17,34 (18,96)	17,62 (17,58)	13,65 (13,08)	,024
Sintomas na mama	21,58 (18,00)	21,62 (22,09)	15,18 (18,94)	19,33 (21,33)	17,38 (19,90)	20,09 (26,52)	ns
Sintomas no braço	23,68 (25,85)	24,07 (23,16)	21,50 (21,28)	25,70 (24,18)	25,20 (24,32)	32,71 (26,80)	ns
Incômodo pela perda de cabelo	16,66 (25,31)	34,64 (38,27)	31,78 (39,13)	33,33 (36,07)	29,48 (33,10)	16,66 (18,25)	ns

Relativamente a “Efeitos colaterais sistêmicos da terapia”, foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as pacientes que estavam no período de < 1A (M = 23,18, DP = 20,42) e as pacientes que estavam no período de 2A – 4A anos (M = 17,34, DP = 18,96), $p = ,049$. O grupo de doentes com um diagnóstico há menos de um anos foi o que apresentou as pontuações mais elevadas (ver Gráfico 8).

Gráfico 8. Valores médios obtidos na escala de sintomas para os “Efeitos colaterais sistêmicos da terapia” de acordo com o tempo decorrido desde o diagnóstico (em anos).



DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Variáveis sociodemográficas

Os participantes deste estudo são todos do sexo feminino, o que se enquadra nos dados epidemiológicos dos relatórios da OMS, que mostram que o cancro da mama é muito mais incidente nas mulheres, representando menos de 1% a sua incidência na população masculina (Jemal *et al.*, 2011; Jemal *et al.*, 2003).

No que diz respeito à nacionalidade e ao distrito de residência, esta amostra enquadra-se no perfil dos pacientes da área de abrangência do Registo Oncológico Regional do Norte (RORENO), organismo responsável pela colheita, análise e interpretação dos dados relativos ao cancro na região Norte de Portugal (RORENO, 2013).

A média de idade das pacientes desta amostra (53,2 anos) é semelhante a média de idade de pacientes participantes de outros estudos de avaliação de QdVRS de mulheres com cancro da mama (He *et al.*, 2012; Shi *et al.*, 2011; Silva *et al.*, 2011). Verificou-se ainda que a escolaridade mais comum das mulheres participantes neste estudo (26,9%) era apenas de quatro anos e somente 17,3% tinham concluído a licenciatura, estatísticas que se assemelham a alguns estudos (Fangel *et al.*, 2013; Sarenmalm *et al.*, 2009), havendo outros em que as mulheres tem o ensino secundário completo (Huijjer & Abboud, 2012; Meisel *et al.*, 2012; Phillips & McAuley, 2014). Por fim, relativamente ao estado civil, a maioria das pacientes era casada (71,0%), condição comum em diversos estudos (Huijjer & Abboud, 2012; Meisel *et al.*, 2012; Schmid-Büchi *et al.*, 2013).

Variáveis clínicas

Relativamente à cirurgia, a maioria das mulheres fez algum tipo de cirurgia (82,4%), à semelhança de outros estudos com populações oncológicas de mama (Hopwood *et al.*, 2007; Parker *et al.*, 2007).

No que se refere ao tratamento, a maioria das mulheres realizou a quimioterapia associado à radioterapia e à hormonoterapia (n = 213), seguido daquelas que não realizaram nenhum destes tratamentos (n = 156), o que também se observa em outros estudos (Ahn *et al.*, 2007).

Relativamente ao tempo decorrido desde o diagnóstico, a maioria encontra-se no período até 4 anos. Esta informação pode ser compreendida pelo fato de, nos primeiros anos, as pacientes comparecerem com maior frequência ao hospital, para consultas e tratamentos e nos anos seguintes, a frequência de consultas diminui consideravelmente.

Qualidade de vida em cancro da mama

Quando comparada a outras investigações, a qualidade de vida global mostra-se satisfatória, uma vez que outros estudos com resultados semelhantes para a qualidade de vida global consideram valores acima de 60 como bons (Ahn *et al.*, 2007; Alegrance, Souza & Mazzei, 2010; Huijjer & Abboud, 2012; Silva, Albuquerque & Leite, 2010).

Relativamente aos valores de QdVRS obtidos através do questionário EORTC QLQ C-30, comparados aos valores de referência da EORTC observou-se que a “Função de desempenho” e a “Função social” tiveram valores significativamente mais elevados do que os valores de referência, o que se pode considerar como muito bom. Entretanto, a “Função emocional” e a “Função cognitiva” tiveram valores significativamente mais baixos do que os valores de referência.

Estando a “Função emocional” relacionada com a forma como as pessoas se sentem (tensas, irritáveis, preocupadas ou deprimidas), são vários os estudos que apontam esta função como uma das mais relevantes e com grande impacto na vida das mulheres, o que deverá por isso merecer maior atenção por parte dos profissionais de saúde (Fangel *et al.*, 2013; Huijjer & Abboud, 2012; Parker *et al.*, 2007; Silva, Albuquerque & Leite, 2010)

A “Função cognitiva” está relacionada com a capacidade de as pessoas se conseguirem concentrar em atividades como, por exemplo, ler um jornal, ou se lembrarem das coisas do dia a dia. Apesar de alguns estudos relatarem a função cognitiva com boas pontuações, estando muitas vezes sobreponíveis a outros itens das escalas funcionais (Han *et al.*, 2010; Huijjer & Abboud, 2012), alguns autores argumentam que a disfunção cognitiva pode ocorrer a partir do primeiro ano de tratamento, mas é mais frequente a longo termo, e ocorre mais frequentemente em pacientes submetidos a quimioterapia, alterando a atenção, a capacidade de aprendizagem e a velocidade de processamento de informação (Meyers, 2008; Montazeri *et al.*, 2008). Assim, o fato da maioria das mulheres da amostra já ter realizado pelo menos um tratamento com quimioterapia (n=353) e de lhe ter sido diagnosticada a doença há um ano ou mais

(n=417), poderá contribuir para os valores mais baixos encontrados para a “Função cognitiva”.

Na escala de sintomas do QLQ-C30, “Fadiga”, “Insónia” e “Dificuldades financeiras” tiveram valores significativamente acima do recomendado pela EORTC, o que significa que as pacientes tiveram com mais frequência estes efeitos colaterais. Vários outros estudos corroboram os resultados encontrados nesta amostra, no que se refere à “Fadiga” e “Insónia” (Ahn *et al.*, 2007; Berger, Lockhart & Agrawal, 2009; Reidunsdatter *et al.*, 2011).

No que se refere ao item simples “Dificuldades financeiras”, na maioria dos estudos não lhe é dado um particular destaque (Färkkilä *et al.*, 2014; Reidunsdatter *et al.*, 2011) provavelmente pelo fato de ter de ser contextualizado. Os resultados obtidos nesta amostra podem ser melhor interpretados na medida em que se compreende a atual situação económica de Portugal. A crise económica que tomou conta da Europa desde 2008, e mais especificamente Portugal, tem levantado preocupações na população, uma vez que a ausência de crescimento económico significa perda de rendimento, de emprego e reduções na assistência social para a população em geral, que sofre assim um grande impacto, sendo as consequências suscetíveis de durar por muitos meses (Karanikolos *et al.*, 2013).

De fato, um estudo realizado entre outubro de 2003 e janeiro de 2004 com 60 mulheres portuguesas em tratamento para o cancro da mama, mostrou que a “Dificuldade financeira” era um dos efeitos colaterais do tratamento menos relevantes, tendo uma pontuação muito abaixo de “Fadiga”, “Náuseas e vômitos”, “Insónia”, “Perda de apetite”, “Prisão de ventre” e “Dor” (Rebello *et al.*, 2007). Isso mostra que a atual situação económica do país tem afetado diretamente a população de maneira geral e mais especificamente as mulheres em tratamento de cancro. Desta forma, a pontuação elevada na escala “Dificuldades financeiras” será um reflexo da apreensão e das dificuldades enfrentadas pelos portugueses. O impacto económico é um componente essencial que contribui para a compreensão da QdVRS de pacientes com cancro e fornece um vislumbre da vida cotidiana dos que enfrentam o tratamento ou já passaram por ele. Meneses e colaboradores (2012) sugerem mesmo que intervenções futuras - para pacientes em tratamento de cancro - que incluam uma discussão sobre o impacto económico da doença e formas de gerir o ónus económico, poderão ajudar a manter ou melhorar a QdVRS ao longo do tempo.

De maneira geral, e quando se consideram os resultados globais do instrumento QLQ-C30, pode-se afirmar que o estado funcional das pacientes da amostra tem

pontuações sempre acima dos 60, enquanto na escala de sintomas e itens simples, só pontualmente são obtidas pontuações pouco superiores a 30. Com efeito, estes resultados correspondem, de fato, a uma qualidade de vida global satisfatória (Tabela 5).

Relativamente ao instrumento QLQ-BR23, “Imagem corporal”, “Prazer sexual” e “Perspectivas de futuro” obtiveram valores abaixo do recomendado (Tabela 6). Os sintomas “Efeitos colaterais sistêmicos da terapia”, “Sintomas na mama”, “Sintomas no braço” bem como o item simples “Incômodo pela perda de cabelo” tiveram valores significativamente acima do recomendado, o que significa dizer que as pacientes desta amostra sofreram mais o impacto destes sintomas.

A imagem corporal e a sexualidade são áreas da vida da mulher que sofrem muito impacto desde a descoberta de um cancro até depois do fim do tratamento, e estão intimamente relacionadas. As percepções negativas da imagem corporal entre sobreviventes de cancro da mama incluem insatisfação com a aparência, perda de percepção da feminilidade e da integridade corporal, a relutância em olhar para o próprio corpo e sentimento de ser menos atraente sexualmente (Fobair *et al.*, 2006). Outros estudos corroboram os resultados desta amostra ao indicar que a imagem corporal e a satisfação sexual apresentam valores precisamente baixos, indicando, portanto, que estas dimensões afetam diretamente a QdVRS das mulheres (Bertan & Castro, 2010; Brédart *et al.*, 2011; Fobair *et al.*, 2006; King *et al.*, 2000; Manganiello *et al.*, 2011).

Convém destacar que, nas questões referentes à sexualidade, houve um grande número de participantes que não responderam (*missings*). Este fato pode ser compreendido quando consideramos que a sexualidade é um assunto muito íntimo e particular de cada mulher, cercado de estigmas sociais e culturais (Ferreira *et al.*, 2013; He *et al.*, 2012; Ohsumi *et al.*, 2007).

A escala funcional “Perspectivas de futuro”, que exprime a preocupação com o estado de saúde no futuro, alcançou pontuação objetivamente menor do que os valores de referência da EORTC. Pontuações semelhantes podem ser observadas em outras investigações (Alegrance, Souza & Mazzei, 2010; Hopwood *et al.*, 2007). A preocupação com o futuro, seja ele próximo ou distante acontece pelo medo da recidiva, e o fato de ter de ir ao hospital - para tratamento ou para realização de exames - gerar ansiedade e incerteza sobre o estado de saúde (Fangel *et al.*, 2013).

Todos os sintomas avaliados no QLQ-BR23, os “Efeitos colaterais sistêmicos da terapia”, que incluem dores de cabeça, afrontamentos, secura na boca e alteração do paladar ou da visão, os “Sintomas na mama”, que incluem as dores na mama, o edema,

a sensibilidade e alterações na pele em volta da mesma e os “Sintomas de braço”, que incluem dor no braço ou no ombro, edema no braço ou na mão e dificuldade em realizar os movimentos, mostraram ter impacto moderado nas pacientes da amostra, situação semelhante à descrita em outros estudos (Alegrance, Souza & Mazzei, 2010; Fangel *et al.*, 2013; Han *et al.*, 2010; Hopwood *et al.*, 2007).

No item simples “Incômodo pela perda de cabelo” avaliado pelo instrumento QLQ-BR23, foi obtida uma pontuação elevada, claramente superior aos valores de referência propostos pela EORTC e corroborados por alguns autores (Fangel *et al.*, 2013; Han *et al.*, 2010). O elevado impacto reportado na amostra em estudo é no entanto semelhante ao descrito noutros trabalhos (Alegrance, Souza & Mazzei, 2010; Damodar *et al.*, 2014).

Qualidade de vida em função da idade

Neste estudo observou-se que, ao comparar as pontuações obtidas no QLQ-C30 e no QLQ BR23 entre os grupos de mulheres com menos de 60 anos e com mais de 60 anos, as mulheres mais velhas tiveram pontuações significativamente mais baixas na “Função física”, nos sintomas “Insónia” e “Prisão de ventre” e na “Função sexual” (Tabelas 7 e 8).

No que se refere à função física, vários outros estudos corroboram os resultados encontrados nesta amostra, uma significativa redução de função nos doentes mais idosos (Fehlauer *et al.*, 2005; Park *et al.*, 2011). Embora estes resultados relatem que pacientes mais velhos experimentam mais limitações funcionais do que as mulheres mais jovens, outros autores propõem que as mudanças no estado funcional bem como a maior expressão de alguns sintomas podem ser devido aos decréscimos naturais associados às co-morbilidades relacionados à idade (Hurria *et al.*, 2006; Kroenke *et al.*, 2004).

Apesar de alguns autores apontarem para o fato de a mulher jovem sofrer mais os impactos do cancro da mama no que diz respeito à “Função física” (Cataldo *et al.*, 2013; Morrow *et al.*, 2014), as mulheres mais velhas desta amostra obtiveram valores significativamente menores na “Função física”. Resultados semelhantes foram encontrados em outras investigações. (Hopwood *et al.*, 2007; Watters *et al.*, 2003).

No que diz respeito aos aspectos da QdVRS relacionados com a idade, a literatura não é unânime - alguns estudos apontam para uma melhor QdVRS vivenciada nalguns aspectos pelas mulheres mais jovens (Moro-Valdezate *et al.*, 2014; Muss *et al.*, 2008), enquanto outros relatam que as mulheres mais velhas experimentam melhores

resultados de QdVRS noutros aspectos (Janz *et al.*, 2007; Parker *et al.*, 2007; Veiga *et al.*, 2010). Porém, de um modo geral, a idade é um fator que definitivamente parece influenciar a QdVRS de mulheres com cancro da mama (Ballinger & Fallowfield, 2009; Lotti *et al.*, 2008).

Qualidade de vida em função do tipo de cirurgia

No que se refere ao tipo de cirurgia, pode-se observar que a qualidade de vida global não se mostrou diferente entre quem não fez cirurgia e quem fez. Contudo, quem fez reconstrução teve sempre piores pontuações do que quem não fez cirurgia (Tabelas 9 e 10).

De maneira geral, em todas as escalas de função, sintomas e itens simples do QLQ-C30 que apresentaram diferenças significativas, foi o grupo submetido a mastectomia com reconstrução que apresentou pontuações significativamente piores.

Resultados semelhantes foram descritos por Janz e colaboradores (2007), que observaram que quem fez reconstrução teve piores resultados no que se refere a “Função de desempenho”, “Função emocional”, “Função social” e “Fadiga”; Han e colaboradores (2010) identificaram ainda que quem tinha feito reconstrução tinha mais dificuldades financeiras quando comparado aos outros grupos.

Parker e colaboradores (2007) apresentam resultados aparentemente diferentes dos encontrados nesta amostra, atribuindo a quem fez reconstrução resultados melhores do que a quem fez cirurgia conservadora ou mastectomia. No entanto, quando observados com mais detalhe tais resultados, verifica-se que foram feitas várias entrevistas ao longo do tempo, e em dado momento, mais precisamente no período de um a seis meses depois da cirurgia, quem fez reconstrução apresentou piores valores do que quem fez cirurgia conservadora ou mastectomia.

Quando comparados os tipos de cirurgia através do instrumento QLQ-BR23, foram encontradas diferenças significativas apenas nas escalas “Imagem corporal”, “Sintomas na mama” e “Sintomas no braço”.

Quanto à “Imagem corporal”, foi observado que quem fez cirurgia conservadora teve valores estatisticamente mais elevados (melhores) do que quem foi submetida a mastectomia ou mastectomia com reconstrução, resultados que são corroborados com outros estudos (Han *et al.*, 2010; Janz *et al.*, 2007).

Estes resultados podem ser melhor compreendidos quando se considera que o processo de reconstrução total da mama pode levar mais tempo, necessitando às vezes mais do que uma cirurgia plástica (Janz *et al.*, 2007). É importante considerar que nesta amostra não se fez distinção entre o tipo de reconstrução, se com tecidos autólogos ou com prótese, o que também pode ter influência nos resultados obtidos.

Convém destacar ainda que, em geral, as pacientes que pretendem submeter-se a cirurgia de reconstrução tem, antes da operação, maiores expectativas em relação ao resultado estético final e, conseqüentemente, são mais exigentes quando se contempla a reconstrução da mama (Han *et al.*, 2010).

Qualidade de vida em função do tipo de tratamento

A comparação dos valores de QdVRS obtidos entre mulheres que fizeram todos os tratamentos (quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia) e mulheres que não fizeram nenhum tratamento revelou que a “Função física”, a “Dificuldade financeira”, a “Imagem corporal” e os “Sintomas no braço” causaram maior impacto adverso nas mulheres que realizaram tratamentos (Tabelas 11 e 12).

De um modo geral, estes resultados já eram esperados, evidenciando que, de fato, o tratamento tem a sua parcela de contribuição na QdVRS, não sendo no entanto o único componente que a afeta. Outros estudos corroboram os resultados encontrados nesta amostra (Ahn *et al.*, 2007; Browall *et al.*, 2008; Galalae *et al.*, 2005; Ganz *et al.*, 2004; Gokgoz *et al.*, 2001; Williams *et al.*, 2011).

Qualidade de vida em função do momento de avaliação

De maneira geral, em todas as escalas de função, sintomas e itens simples do QLQ-C30 não foram identificadas diferenças significativas relativas aos diferentes grupos com distintos tempos de diagnóstico, sendo uma exceção observada no item simples “Diarreia”, que, para as mulheres no grupo de “10 anos ou mais” tiveram este sintoma mais acentuado (Tabela 13). Relativamente à “Diarreia”, não foram encontrados outros estudos com resultados semelhantes. A diarreia é um sintoma comumente relatado por pacientes em tratamento de quimioterapia (Stein, Voigt & Jordan, 2010), entretanto, convém destacar que a maioria desta amostra se submeteu a tal tratamento – isoladamente ou combinado com outro – e que não temos a informação de há quanto tempo teriam concluído este tratamento, o que pode contribuir para explicar a expressão

adversa de tal item. E ainda, estes resultados podem ser compreendidos como um possível efeito de ansiedade, uma vez que a pergunta que se refere à “Diarreia” investiga o aparecimento deste sintoma durante a última semana, e o fato de ter uma consulta hospitalar agendada pode levar a algum quadro de ansiedade (Fangel *et al.*, 2013). Desta forma, convém analisar e replicar estes resultados com cautela.

Quanto às pontuações obtidas no QLQ BR23 verificou-se que apenas o sintoma “Efeitos colaterais sistêmicos da terapia” foi relatado com mais intensidade pelas mulheres que estavam há menos de um ano em tratamento (Tabela 14), fato que também foi observado em outro estudo (Gokgoz *et al.*, 2001). Este resultado é perfeitamente compreendido, uma vez que as mulheres neste período de tratamento muitas vezes ainda estão a realizar quimioterapia.

Alguns estudos indicam que a QdVRS melhora com o passar do tempo (Arndt *et al.*, 2008; Parker *et al.*, 2007; Shi *et al.*, 2011), entretanto este estudo não avaliou a QdVRS de uma mesma paciente em diferentes momentos durante o *follow-up*. Gokgoz e colaboradores (2011) também não encontraram diferenças significativas na QdVRS ao comparar grupos de mulheres com menos de um ano desde o diagnóstico, há 2-4 anos e há mais de 5 anos desde o diagnóstico.

CONCLUSÃO

O conjunto dos resultados apresentados permitiu caracterizar o perfil sociodemográfico das pacientes com cancro da mama e também permitiu visualizar alguns impactos que o cancro da mama tem na QdVRS da doente oncológica. Foi possível estabelecer relações com o grupo etário, o tipo de tratamento, o tipo de cirurgia e a evolução da QdVRS ao longo do ciclo da doença.

As pacientes desta amostra são mulheres, a maioria é de nacionalidade portuguesa, residentes no distrito do Porto, com idade média de 53,2 anos. A maioria é casada e não concluiu ensino secundário. A maior parte das mulheres fez todos os tratamentos ou não fez nenhum tratamento, e a maioria fez algum tipo de cirurgia. A maior parte das mulheres encontrava-se no período de até 4 anos desde o início do tratamento.

De maneira geral, estas mulheres percepcionaram uma boa QdVRS, em todas as escalas de funcionamento e sintomas. Quando comparados com os valores de referência da EORTC, as mulheres deste estudo tiveram valores mais elevados, nas escalas de função para “Função de desempenho”, “Função social” e “Função sexual”, e valores mais baixos para: “Função emocional”, “Função cognitiva”, “Imagem corporal”, “Prazer sexual” e “Perspectivas de futuro”. Relativamente aos sintomas, apresentaram valores mais elevados para “Insónia”, “Dificuldades financeiras”, “Efeitos colaterais sistémicos da terapia”, “Sintomas na mama”, “Sintomas no braço” e “Incómodo pela perda de cabelo”, e valores mais baixos para “Fadiga”, “Dispneia” e “Perda de apetite”.

De forma global, verifica-se que as dimensões associadas à vida em sociedade e à dinâmica diária da mulher estão com valores positivos e aqueles que se relacionam com variáveis individuais e mais de foro introspectivo apresentam resultados menos positivos.

As pacientes mais velhas apresentam piores resultados na função física e função sexual e tem mais sintomas como insónia e prisão de ventre. As pacientes submetidas a mastectomia com reconstrução tem piores médias no que se refere a qualidade de vida global, função física, função de desempenho, função emocional, função social e imagem corporal. São também aquelas que apresentam maior impacto negativo nos sintomas “Fadiga”, “Dor”, “Dificuldades financeiras”, “Sintomas na mama” e “Sintomas no braço”.

As pacientes submetidas a todos os tipos de tratamento sofrem mais impacto na “Função física”, “Imagem corporal”, “Dificuldades financeiras” e “Sintomas no braço”. As pacientes que já estão há mais de 10 anos desde o diagnóstico apresentam com mais frequência o sintoma “Diarreia”, e aquelas que estão no período de menos de um ano desde o diagnóstico tem mais o impacto negativo de “Efeitos colaterais sistémicos da terapia”.

Estes resultados destacam problemas sentidos pela doente oncológica que alertam para as áreas mais críticas enfrentadas pelas mulheres, pelo que poderão precisar de algum suporte mais específico para estas áreas. Estes resultados podem ajudar a equipa de saúde a identificar as áreas que oferecem maior impacto às mulheres, e direcionar para estas áreas intervenções efetivas e eficazes, com vistas a proporcionar melhor QdVRS para estas mulheres durante todo o período de tratamento.

Estes resultados, ao permitirem à equipa de saúde identificar de uma forma mais clara e precisa quanto às áreas que realmente oferecem um maior impacto adverso às mulheres, permitem ainda o desenvolvimento/optimização de estratégias mais adequadas e específicas para a população em causa, e assim a conciliação de uma gestão mais eficiente dos recursos aliada a uma melhor QdVRS durante todo o tratamento.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO E PERSPECTIVAS FUTURAS

Para uma melhor compreensão e interpretação dos resultados deste estudo, é importante considerar algumas limitações, as quais se destacam:

- A amostra deste estudo foi composta exclusivamente por pacientes do IPOFG, situado na região norte de Portugal, pelo que convém considerar as características sociais e culturais desta região, devendo-se ter cautela na replicação dos resultados para outras populações;

- O fato de ser uma amostra não probabilística por conveniência pode resultar num grupo de pacientes com determinadas características que podem ser diferentes da população em geral. Esta situação deve ser considerada, o que pode limitar a generalização dos resultados. Entretanto, o fato de os resultados desta amostra corroborarem com os dados da literatura atual, sugere que estes resultados podem ser válidos;

- O tempo dispendido para a coleta de dados não permitiu reavaliar as pacientes da amostra em tempos diferentes, impedindo a comparação de resultados de uma mesma paciente em diferentes momentos durante o tratamento.

No decorrer deste estudo, surgiram reflexões para estudos futuros:

- Realização de um estudo prospectivo e longitudinal, para avaliar a QdVRS das mesmas doentes em diferentes momentos de avaliação;

- Incluir outras variáveis na análise, como por exemplo a escolaridade, o estado civil, e se a paciente está a fazer algum tratamento no período em que são respondidos os questionários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahn, S., Park, B., Noh, D., Nam, S., Lee, E., Lee, M., Kim, S., Lee, K., Park, S., & Yun, Y. (2007). Health-related quality of life in disease-free survivors of breast cancer with the general population. *Annals Of Oncology: Official Journal Of The European Society For Medical Oncology / ESMO*, 18(1), 173-182.
- Alegance, F., Souza, C., & Mazzei, R. (2010). Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em mulheres com e sem linfedema pós-câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 56(3), 341-351.
- Antunes, B., Oliveira, A., Pimentel, F., & Ferreira, P. (2009). Significância clínica: uma revisão do tema. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Volume temático*, 25-33.
- Arndt, V., Stegmaier, C., Ziegler, H., & Brenner, H. (2008). Quality of life over 5 years in women with breast cancer after breast-conserving therapy versus mastectomy: a population-based study. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 134(12), 1311-1318. doi: 10.1007/s00432-008-0418-y
- Avis, N., Crawford, S., & Manuel, J. (2005). Quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23(15), 3322-3330.
- Azu, M., Jean, S., Piotrowski, J., & O'Hea, B. (2007). Effective methods for disclosing breast cancer diagnosis. *American Journal of Surgery*, 194(4), 488-490. doi: 10.1016/j.amjsurg.2007.06.007
- Bahrami, M. (2011). Meanings and aspects of quality of life for cancer patients: a descriptive exploratory qualitative study. *Contemp Nurse*, 39(1), 75-84. doi: 10.5172/conu.2011.39.1.75
- Ballinger, R., & Fallowfield, L. (2009). Quality of life and patient-reported outcomes in the older breast cancer patient. *Clinical Oncology*, 21(2), 140-155. doi: 10.1016/j.clon.2008.11.003
- Basch, E. (2014). New frontiers in patient-reported outcomes: Adverse event reporting, comparative effectiveness, and quality assessment. *Annual Review of Medicine*, 65(1), 307-317. doi: 10.1146/annurev-med-010713-141500
- Berger, A., Lockhart, K., & Agrawal, S. (2009). Variability of patterns of fatigue and quality of life over time based on different breast cancer adjuvant chemotherapy regimens. *Oncology Nursing Forum*, 36(5), 563-570. doi: 10.1188/09.ONF.563-570
- Bertan, F., & Castro, E. (2010). Qualidade de vida, indicadores de ansiedade e depressão e satisfação sexual em pacientes adultos com câncer. *Revista Salud & Sociedad*, 1(2), 76-88.
- Boukerrou, M., Saal, J., Laurent, T., Barau, G., & Clough, K. (2010). Mastectomie totale avec conservation de la plaque aréolo-mamelonnaire: état des lieux. *Gynecologie Obstetrique & Fertilité*, 38(10), 600-606. doi: 10.1016/j.gyobfe.2010.08.013

- Brédart, A., Dolbeault, S., Savignoni, A., Besancenet, C., This, P., Giami, A., Michaels, S., Flahault, C., Falcou, M., Asselain, B., & Copel, L. (2011). Prevalence and associated factors of sexual problems after early-stage breast cancer treatment: results of a French exploratory survey. *Psycho-Oncology*, 20(8), 841-850. doi: 10.1002/pon.1789
- Browall, M., Ahlberg, K., Persson, L., Karlsson, P., & Danielson, E. (2008). The impact of age on Health-Related Quality of Life (HRQoL) and symptoms among postmenopausal women with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy. *Acta Oncologica*, 47(2), 207-215. doi: 10.1080/02841860701621258
- Budrukhar, A., Jalali, R., Dutta, D., Sarin, R., Devlekar, R., Parab, S., & Kakde, A. (2009). Prospective assessment of quality of life in adult patients with primary brain tumors in routine neurooncology practice. *Journal of Neuro-Oncology*, 95(3), 413-419. doi: 10.1007/s11060-009-9939-8
- Calvo, F., Sole, C., Rivera, S., Meiriño, R., Lizarraga, S., Infante, M., Boldo, E., Ferrer, C., Marsiglia, H., & Deutsch, E. (2014). The use of radiotherapy for early breast cancer in woman at different ages. *Clinical and Translational Oncology*, 1-6. doi: 10.1007/s12094-014-1164-z
- Cataldo, J., Paul, S., Cooper, B., Skerman, H., Alexander, K., Aouizerat, B., Blackman, V., Merriman, J., Dunn, L., Ritchie, C., Yates, P., & Miaskowski, C. (2013). Differences in the symptom experience of older versus younger oncology outpatients: a cross-sectional study. *BMC Cancer*, 13, 6-6. doi: 10.1186/1471-2407-13-6
- Champaneria, M., Wong, W., Hill, M., & Gupta, S. (2012). The evolution of breast reconstruction: a historical perspective. *World Journal of Surgery*, 36(4), 730-742. doi: 10.1007/s00268-012-1450-2
- Chen, C., Cano, S., Klassen, A., King, T., McCarthy, C., Cordeiro, P., Morrow, M., & Pusic, A. (2010). Measuring quality of life in oncologic breast surgery: A systematic review of patient-reported outcome measures. *Breast Journal*, 16(6), 587-597. doi: 10.1111/j.1524-4741.2010.00983.x
- Cotlar, A., Dubose, J., & Rose, D. (2003). History of surgery for breast cancer: radical to the sublime. *Current Surgery*, 60(3), 329-337.
- Coughlin, S., & Ekwueme, D. (2009). Breast cancer as a global health concern. *Cancer Epidemiology*, 33(5), 315-318. doi: 10.1016/j.canep.2009.10.003
- Coyle, Y. (2009). Lifestyle, genes, and cancer. *Methods in Molecular Biology* 472, 25-56. doi: 10.1007/978-1-60327-492-0_2
- Damodar, G., Gopinath, S., Vijayakumar, S., & Rao, A. (2014). Reasons for low quality of life in south indian cancer patient population: A prospective observational study. *Indian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 76(1), 2-9.
- Davis, K., & Cella, D. (2002). Assessing quality of life in oncology clinical practice: A review of barriers and critical success factors. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 9(6), 327-332.
- Dorcaratto, D., Grande, L., Ramón, J., & Pera, M. (2011). Quality of life of patients with cancer of the oesophagus and stomach. *Cirugía Española*, 89(10), 635-644. doi: 10.1016/j.ciresp.2011.07.006

- Dow, K., & Lafferty, P. (2000). Quality of life, survivorship, and psychosocial adjustment of young women with breast cancer after breast-conserving surgery and radiation therapy. *Oncology Nursing Forum*, 27(10), 1555-1564.
- Erharter, A., Giesinger, J., Kemmler, G., Schauer-Maurer, G., Stockhammer, G., Muigg, A., Hutterer, M., Rumpold, G., Sperner-Unterweger, B., & Holzner, B. (2010). Implementation of computer-based quality-of-life monitoring in brain tumor outpatients in routine clinical practice. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(2), 219-229. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2009.06.015
- Fangel, L., Panobianco, M., L, Kebbem., Almeida, A., & Gozzo, T. (2013). Qualidade de vida e desempenho de atividades cotidianas após tratamento das neoplasias mamárias. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(1), 93-100.
- Färkkilä, N., Torvinen, S., Roine, R., Sintonen, H., Hänninen, J., Taari, K., & Saarto, T. (2014). Health-related quality of life among breast, prostate, and colorectal cancer patients with end-stage disease. *Quality of Life Research*, 23(4), 1387-1394. doi: 10.1007/s11136-013-0562-y
- Fayers, F., Aaronson, N., Bjordal, K., Groenvold, M., Curran, D., & Bottomley, A. (2001). The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd Edition). *European Organisation for Research and Treatment of Cancer*.
- Fehlauer, F., Tribius, S., Mehnert, A., & Rades, D. (2005). Health-related quality of life in long term breast cancer survivors treated with breast conserving therapy: impact of age at therapy. *Breast Cancer Research And Treatment*, 92(3), 217-222.
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., Parkin, D., Forman, D., & Bray, F (2014). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012 *International Journal of Cancer, Accepted Article*, 1-72. doi: 10.1002/ijc.29210
- Ferlay, J., Steliarova-Foucher, E., Lortet-Tieulent, J., Rosso, S., Coebergh, J., Comber, H., Forman, D., & Bray, F. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. *European Journal of Cancer*, 49, 1374-1403. doi: 10.1016/j.ejca.2012.12.027
- Ferrans, C. (2010). Advances in measuring quality-of-life outcomes in cancer care. *Seminars in Oncology Nursing*, 26(1), 2-11. doi: 10.1016/j.soncn.2009.11.002
- Ferreira, P., Ferreira, L., & Pereira, L. (2008). How consistent are health utility values? *Quality of Life Research*, 17(7), 1031-1042. doi: 10.1007/s11136-008-9368-8
- Ferreira, S., Panobianco, M., Gozzo, T., & Almeida, A. (2013). A sexualidade da mulher com câncer de mama: Análise da produção científica de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 22(3), 835-842.
- Fobair, P., Stewart, S., Chang, S., D'Onofrio, C., Banks, P., & Bloom, J. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15(7), 579-594.
- Frost, M., Bonomi, A., Cappelleri, J., Schünemann, H., Moynihan, T., & Aaronson, N. (2007). Applying quality-of-life data formally and systematically into clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings*, 82(10), 1214-1228.
- Galalae, R., Michel, J., Siebmann, J., Küchler, T., Eilf, K., & Kimmig, B. (2005). Significant negative impact of adjuvant chemotherapy on health-related quality of life (HR-QoL) in women with breast cancer treated by conserving surgery and

postoperative 3-D radiotherapy. A prospective measurement. *Strahlentherapie Und Onkologie: Organ Der Deutschen Röntgengesellschaft ... [Et Al]*, 181(10), 645-651.

- Ganz, P., Desmond, K., Leedham, B., Rowland, J., Meyerowitz, B., & Belin, T. (2002). Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute*, 94(1), 39-49.
- Ganz, P., & Hahn, E. (2008). Implementing a survivorship care plan for patients with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 26(5), 759-767.
- Ganz, P., Kwan, L., Stanton, A., Krupnick, J., Rowland, J., Meyerowitz, B., Bower, J., & Belin, T. (2004). Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: First results from the moving beyond cancer randomized trial. *Journal of the National Cancer Institute*, 96(5), 376-387.
- Gokgoz, S., Sadikoglu, G., Paksoy, E., Guneytepe, U., Ozcakil, A., Bayram, N., & Bilgel, N. (2001). Health related quality of life among breast cancer patients: A study from Turkey. *Global Journal of Health Science*, 3(2), 140-152.
- Han, J., Grothuesmann, D., Neises, M., Hille, U., & Hillemanns, P. (2010). Quality of life and satisfaction after breast cancer operation. *Archives Of Gynecology And Obstetrics*, 282(1), 75-82. doi: 10.1007/s00404-009-1302-y
- Harriger, J., Calogero, R., Witherington, D., & Smith, J. (2010). Body size stereotyping and internalization of the thin ideal in preschool girls. *Sex Roles*, 63(9-10), 609-620. doi: 10.1007/s11199-010-9868-1
- He, Z., Tong, Q., Wu, S., Li, F., Lin, H., & Guan, X. (2012). A comparison of quality of life and satisfaction of women with early-stage breast cancer treated with breast conserving therapy vs. mastectomy in southern China. *Supportive Care in Cancer*, 20(10), 2441-2449. doi: 10.1007/s00520-011-1364-9
- Higginson, I., & Carr, A. (2001). Measuring quality of life: using quality of life measures in the clinical setting. *British Medical Journal* 322(7297), 1297-1300. doi: 10.1136/bmj.322.7297.1297
- Hopwood, P., Haviland, J., Mills, J., Sumo, G., & Bliss, J. (2007). The impact of age and clinical factors on quality of life in early breast cancer: An analysis of 2208 women recruited to the UK START Trial. *The Breast*, 16(3), 241-251. doi: 10.1016/j.breast.2006.11.003
- Howard-Anderson, J., Ganz, P., Bower, J., & Stanton, A. (2012). Quality of life, fertility concerns, and behavioral health outcomes in younger breast cancer survivors: a systematic review. *Journal of the National Cancer Institute*, 104(5), 386-405. doi: 10.1093/jnci/djr541
- uijer, H., & Abboud, S. (2012). Health-related quality of life among breast cancer patients in Lebanon. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(5), 491-497. doi: 10.1016/j.ejon.2011.11.003
- Hurria, A., Hurria, A., Zuckerman, E., Panageas, K., Fornier, M., D'Andrea, G., Dang, C., Moasser, M., Robson, M., Seidman, A., Currie, V., VanPoznak, C., Theodoulou, M., Lachs, M., & Hudis, C. (2006). A prospective, longitudinal study of the functional status and quality of life of older patients with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(7), 1119-1124. doi: 10.1111/j.1532-5415.2006.00789.x

- Janz, N., Mujahid, M., Chung, L., Lantz, P., Hawley, S., Morrow, M., Schwartz, K., & Katz, S. (2007). Symptom experience and quality of life of women following breast cancer treatment. *Journal of Women's Health, 16*(9), 1348-1361. doi: 10.1089/jwh.2006.0255
- Jemal, A., Bray, F., Center, M., Ferlay, J., Ward, E., & Forman, D. (2011). Global cancer statistics. *A Cancer Journal For Clinicians, 61*(2), 69-90. doi: 10.3322/caac.20107
- Jemal, A., Murray, T., Samuels, A., Ghafoor, A., Ward, E., & Thun, M. (2003). Cancer statistics, 2003. *A Cancer Journal For Clinicians, 53*(1), 5-26.
- Kaplan, R., & Ries, A. (2007). Quality of life: Concept and definition. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 4*(3), 263-271. doi: 10.1080/15412550701480356
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., Mackenbach, J., & McKee, M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet, 381*(9874), 1323-1331. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60102-6
- Khatcheressian, J., Hurley, P., Bantug, E., Esserman, L., Grunfeld, E., Halberg, F., Hantel, A., Henry, N., Muss, H., Smith, T., Vogel, Vi., Wolff, A., Somerfield, M., & Davidson, N. (2013). Breast cancer follow-up and management after primary treatment: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *Journal of Clinical Oncology, 31*(7), 961-965. doi: 10.1200/JCO.2012.45.9859
- King. (2006). Advances in how clinical nurses can evaluate and improve quality of life for individuals with cancer. *Oncology Nursing Forum, 33*, 5-12. doi: 10.1188/06.ONF.S1.5-12
- King, M., Kenny, P., Shiell, A., Hall, J., & Boyages, J. (2000). Quality of life three months and one year after first treatment for early stage breast cancer: influence of treatment and patient characteristics. *Quality of Life Research, 9*(7), 789-800.
- Kroenke, C., Rosner, B., Chen, W., Kawachi, I., Colditz, G., & Holmes, M. (2004). Functional impact of breast cancer by age at diagnosis. *Journal of Clinical Oncology, 22*(10), 1849-1856.
- Lardi, A., Myrick, M., Haug, M., Schaefer, D., Bitzer, J., Simmen, U., & Güth, U. (2013). The option of delayed reconstructive surgery following mastectomy for invasive breast cancer: why do so few patients embrace this offer? *European Journal of Surgical Oncology, 39*(1), 36-43. doi: 10.1016/j.ejso.2012.08.010
- Lima, A., Batista, K., & Junior, N. (2013). A ideologia do corpo feminino perfeito: Questões com o real. *Psicologia em Estudo, 18*(1), 49-59. doi: 10.1590/S1413-73722013000100006
- Lohr, K., & Zebrack, B. (2009). Using patient-reported outcomes in clinical practice: challenges and opportunities. *Quality of Life Research, 18*(1), 99-107. doi: 10.1007/s11136-008-9413-7
- Lotti, R., Barra, A., Dias, R., & Makuf, A. (2008). Impacto do tratamento de câncer de mama na qualidade de vida. *Revista Brasileira de Cancerologia, 54*(4), 367-371.
- Loukas, M., Tubbs, R., Mirzayan, N., Shirak, M., Steinberg, A., & Shoja, M. (2011). The history of mastectomy. *The American Surgeon, 77*(5), 566-571.
- Maeyer, J., Vanderplasschen, W., & Broekaert, E. (2010). Quality of life among opiate-dependent individuals: a review of the literature. *International Journal of Drug Policy, 21*(5), 364-380. doi: 10.1016/j.drugpo.2010.01.010

- Majewski, J., Lopes, A., Davoglio, T., & Leite, J. (2012). Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 707-716.
- Malata, C., McIntosh, S., & Purushotham, A. (2000). Immediate breast reconstruction after mastectomy for cancer. *British Journal of Surgery*, 87(11), 1455-1472. doi: 10.1046/j.1365-2168.2000.01593.x
- Manganiello, A., Hoga, L., Reberte, L., Miranda, C., & Rocha, C. (2011). Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(2), 167-172. doi: 10.1016/j.ejon.2010.07.008
- Markopoulos, C., Tsaroucha, A., Kouskos, E., Mantas, D., Antonopoulou, Z., & Karvelis, S. (2009). Impact of breast cancer surgery on the self-esteem and sexual life of female patients. *Journal of International Medical Research*, 37 (1), 182-188. doi: 10.1177/147323000903700122
- Marôco, J. (2010). *Análise Estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Pêro Pinheiro: Report Number.
- Marsh, S., & Liu, G. (2009). Pharmacokinetics and pharmacogenomics in breast cancer chemotherapy. *Advanced Drug Delivery Reviews*, 61(5), 381-387. doi: 10.1016/j.addr.2008.10.003
- Meisel, J., Domchek, S., Vonderheide, R., Giobbie-Hurder, A., Lin, N., Winer, E., & Partridge, A. (2012). Quality of life in long-term survivors of metastatic breast cancer. *Clinical Breast Cancer*, 12(2), 119-126. doi: 10.1016/j.clbc.2012.01.010
- Meneses, K., Azuero, A., Hassey, L., McNees, P., & Pisu, M. (2012). Does economic burden influence quality of life in breast cancer survivors? *Gynecologic Oncology*, 124(3), 437-443. doi: 10.1016/j.ygyno.2011.11.038
- Meyers, C. (2008). How chemotherapy damages the central nervous system. *Journal of Biology*, 7(4), 11-11. doi: 10.1186/jbiol73
- Montazeri, A. (2009). Quality of life data as prognostic indicators of survival in cancer patients: an overview of the literature from 1982 to 2008. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(1), 1-21. doi: 10.1186/1477-7525-7-102
- Montazeri, A., Vahdaninia, M., Harirchi, I., Ebrahimi, M., Khaleghi, F., & Jarvandi, S. (2008). Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. *BMC Cancer*, 8(1), 330.
- Moro-Valdezate, D., Buch-Villa, E., Peiró, S., Morales-Monsalve, M., Caballero-Gárate, A., Martínez-Agulló, A., Checa-Ayet, F., & Ortega-Serrano, J. (2014). Factors associated with health-related quality of life in a cohort of Spanish breast cancer patients. *Breast Cancer*, 21(4), 442-452. doi: 10.1007/s12282-012-0402-x
- Morrow, P., Broxson, A., Munsell, M., Basen-Enquist, K., Rosenblum, C., Schover, L., Nguyen, L., Hsu, L., Castillo, L., Hahn, K., Litton, J., Kwiatkowski, D., & Hortobagyi, G. (2014). Effect of age and race on quality of life in young breast cancer survivors. *Clinical Breast Cancer*, 14(2), e21-e31. doi: 10.1016/j.clbc.2013.10.003
- Muss, H., Tu, D., Ingle, J., Martino, S., Robert, N., Pater, J., Whelan, T., Palmer, M., Piccart, M., Shepherd, L., Pritchard, K., He, Z., & Goss, P. (2008). Efficacy, toxicity, and quality of life in older women with early-stage breast cancer treated

- with letrozole or placebo after 5 years of tamoxifen: NCIC CTG intergroup trial MA.17. *Journal of Clinical Oncology*, 26(12), 1956-1964.
- Nano, M., Gill, P., Kollias, J., Bochner, M., Malycha, P., & Winefield, H. (2005). Psychological impact and cosmetic outcome of surgical breast cancer strategies. *ANZ Journal of Surgery*, 75(11), 940-947.
- NHI Consensus Development Panel. (1991). Treatment of early-stage breast cancer: NHI Consensus Conference. *The Journal of the American Medical Association*, 265, 391-395.
- Nolan, T., & Bisognano, M. (2006). Finding the balance between quality and cost. *Journal of the Healthcare Financial Management Association*, 60(4), 67-72.
- Nygren, P. (2001). What is cancer chemotherapy? *Acta Oncologica*, 40(2/3), 166-174. doi: 10.1080/02841860151116204
- Ohsumi, S., Shimosuma, K., Kuroi, K., Ono, M., & Imai, H. (2007). Quality of life of breast cancer patients and types of surgery for breast cancer-current status and unresolved issues. *Breast Cancer*, 14(1), 66-73.
- Örgev, C., & Bekar, T. (2013). Non-monetary costs, hospital perceived value and patient satisfaction in health institutions. *International Journal of Alanya Faculty of Business*, 5(2), 87-97.
- Osoba, D. (2011). Health-related quality of life and cancer clinical trials. *Therapeutic Advances in Medical Oncology*, 3(2), 57-71. doi: 10.1177/1758834010395342
- Padilha, M., Henriques, M., Guardado, M., Miranda, C., Melo, G., & Alves, P. (2012). Radioterapia e hormonoterapia a título neoadjuvante no carcinoma localmente avançado da mama: Estado da arte. *Acta Médica Portuguesa*, 25(6), 422-426.
- Palazzi, M., Tomatis, S., Valli, M., Guzzetti, R., Tonoli, S., Bertoni, F., Magrini, S., Meregalli, S., Asnaghi, D., Arienti, V., Pradella, R., & Cafaro, I. (2006). Impact of radiotherapy technique on the outcome of early breast cancer treated with conservative surgery: A multicenter observational study on 1,176 patients. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 65(5), 1361-1367.
- Paredes, T., Simões, M., Canavarro, M., Serra, A., Pereira, M., Quartilho, M., Rijo, D., Gameiro, S., & Carona, C. (2008). Impacto da doença crónica na qualidade de vida: Comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 73-87.
- Park, B., Lee, S., Lee, A., Lee, K., & Hwang, S. (2011). Quality of life differences between younger and older breast cancer patients. *Journal Of Breast Cancer*, 14(2), 112-118. doi: 10.4048/jbc.2011.14.2.112
- Parker, P., Youssef, A., Walker, S., Basen-Engquist, K., Cohen, L., Gritz, E., Wei, Q., & Robb, G. (2007). Short-term and long-term psychosocial adjustment and quality of life in women undergoing different surgical procedures for breast cancer. *Annals of Surgical Oncology*, 14(11), 3078-3089.
- Parkin, D., Bray, F., Ferlay, J., & Pisani, P. (2005). Global Cancer Statistics, 2002. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 55(2), 74-108.
- Pek, J., Chan, Y., Yeoh, A., Quah, T., Tan, P., & Aung, L. (2009). Health-related quality of life in children with cancer undergoing treatment: A first look at the singapore experience. *Annals Academy of Medicine*, 39(1), 43-47.

- Peppercorn, J., Partridge, A., Burstein, H., & Winer, E. (2005). Standards for follow-up care of patients with breast cancer. *The Breast*, 14(6), 500-508. doi: 10.1016/j.breast.2005.09.001
- Perry, S., Kowalski, T., & Chang, C. (2007). Quality of life assessment in women with breast cancer: benefits, acceptability and utilization. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(1), 24.
- Phillips, S., & McAuley, E. (2014). Physical activity and quality of life in breast cancer survivors: the role of self-efficacy and health status. *Psycho-Oncology*, 23(1), 27-34. doi: 10.1002/pon.3366
- Pimentel, F. (2006). *Qualidade de vida e oncologia*. Coimbra: Almedina.
- Ploubidis, G., & Grundy, E. (2011). Health measurement in population surveys: Combining information from self-reported and observer-measured health indicators. *Demography*, 48(2), 699-724. doi: 10.1007/s13524-011-0028-1
- Pockaj, B., Degnim, A., Boughey, J., Gray, R., McLaughlin, S., Dueck, A., Perez, E., Halyard, M., Frost, M., Cheville, A., & Sloan, J. (2009). Quality of life after breast cancer surgery: What have we learned and where should we go next? *Journal of Surgical Oncology*, 99(7), 447-455. doi: 10.1002/jso.21151
- Porter, M. (2010). What is value in health care? *The New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477-2481. doi: 10.1056/NEJMp1011024
- Porter, M., & Teisberg, E. (2007). How physicians can change the future of health care. *American Medical Association*, 297(10), 1103-1111.
- Poulsen, B., Graversen, H., Beckmann, J., & Blichert-Toft, M. (1997). A comparative study of post-operative psychosocial function in women with primary operable breast cancer randomized to breast conservation therapy or mastectomy. *European Journal of Surgical Oncology* 23(4), 327-334. doi: 10.1016/S0748-7983(97)90804-0
- Rabin, E., Heldt, E., Hirakata, V., & Fleck, M. (2008). Quality of life predictors in breast cancer women. *European Journal of Oncology Nursing*, 12(1), 53-57. doi: 10.1016/j.ejon.2007.06.003
- Rampling, T., King, H., Mais, K., Humphris, G., Swindell, R., Sykes, A., & Slevin, N. (2003). Quality of life measurement in the head and neck cancer radiotherapy clinic: is it feasible and worthwhile? *Clinical Oncology*, 15(4), 205-210.
- Rebelo, V., Rolim, L., Carqueja, E., & Ferreira, S. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: Um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(1), 13-32.
- Reidunsdatter, R., Rannestad, T., Frengen, J., Frykholm, G., & Lundgren, S. (2011). Early effects of contemporary breast radiation on health-related quality of life - Predictors of radiotherapy-related fatigue. *Acta Oncologica*, 50(8), 1175-1182. doi: 10.3109/0284186X.2011.604345
- RORENO. (2013). Registo Oncológico Regional do Norte - 2008. *Instituto Português de Oncologia do Porto, Porto*.
- Rose, M., & Bezjak, A. (2009). Logistics of collecting patient-reported outcomes (PROs) in clinical practice: an overview and practical examples. *Quality of Life Research*, 18(1), 125-136. doi: 10.1007/s11136-008-9436-0

- Santana, Feeny, D., Johnson, J., McAlister, F., Kim, D., Weinkauff, J., & Lien, D. (2010). Assessing the use of health-related quality of life measures in the routine clinical care of lung-transplant patients. *Quality of Life Research*, 19(3), 371-379. doi: 10.1007/s11136-010-9599-3
- Santana, R., & Costa, C. (2008). A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Volume temático(7)*, 29-56.
- Sarenmalm, E., Odén, A., Joakim, Ö., Gaston-Johansson, F., & Holmberg, S. (2009). Changes in health-related quality of life may predict recurrent breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 13(5), 323-329. doi: 10.1016/j.ejon.2009.05.002
- Schlarmann, J., Metzing-Blau, S., & Schnepf, W. (2008). The use of health-related quality of life (HRQOL) in children and adolescents as an outcome criterion to evaluate family oriented support for young carers in Germany: an integrative review of the literature. *BMC Public Health*, 8(414), 1-10. doi: 10.1186/1471-2458-8-414
- Schmid-Büchi, S., Halfens, R., Müller, M., Dassen, T., & Borne, B. (2013). Factors associated with supportive care needs of patients under treatment for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(1), 22-29. doi: 10.1016/j.ejon.2012.02.003
- Schopper, D., & Wolf, C. (2009). How effective are breast cancer screening programmes by mammography? Review of the current evidence. *European Journal of Cancer*, 45(11), 1916-1923. doi: 10.1016/j.ejca.2009.03.022
- Schwartz, C., & Sprangers, M. (2002). An introduction to quality of life assessment in oncology: The value of measuring patient-reported outcomes. *The American Journal of Managed Care*, 8(18), 550-559.
- Scott, N., Fayers, P., Aaronson, N., Bottomley, A., Graeff, A., Groenvold, M., Gundy, C., Koller, M., Petersen, M., & Sprangers, M. (2008). EORTC QLQ-C30 Reference Values. *European Organisation for Research and Treatment of Cancer*.
- Shi, H., Uen, Y., Yen, L., Culbertson, R., Juan, C., & Hou, M. (2011). Two-year quality of life after breast cancer surgery: a comparison of three surgical procedures. *European Journal of Surgical Oncology*, 37(8), 695-702. doi: 10.1016/j.ejso.2011.05.008
- Silva, C., Albuquerque, V., & Leite, J. (2010). Qualidade de vida em pacientes portadoras de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 56(2), 227-236.
- Silva, S., Bettencourt, D., Moreira, H., & Canavarro, M. (2011). Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doença: o papel de variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping enquanto factores de risco/protecção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(1), 64-76. doi: 10.1016/S0870-9025(11)70009-8
- Silveira, A., Gonçalves, J., Sequeira, T., Ribeiro, C., Lopes, C., Monteiro, E., & Pimentel, F. (2010). Patient reported outcomes in head and neck cancer: selecting instruments for quality of life integration in clinical protocols. *Head & Neck Oncology*, 2(1), 1-9. doi: 10.1186/1758-3284-2-32

- Silveira, A., Gonçalves, J., Sequeira, T., Ribeiro, C., Lopes, C., Monteiro, E., & Pimentel, F. (2011). Avaliação da qualidade de vida em doentes com patologia oncológica da cabeça e pescoço. Modelo de validação da versão electrónica portuguesa do EORTC-QLC C30 e EORTC - H&N35. *Acta Medica Portuguesa*, 24(S2), 347-354.
- Smith, A., Velikova, G., Wright, E., Lynch, P., & Selby, P. (2006). Computer-assisted questionnaires may facilitate collection of quality-of-life (QOL) data: At a cost. *Computers in Human Behavior*, 22(6), 991-1000. doi: 10.1016/j.chb.2004.03.019
- Stein, A., Voigt, W., & Jordan, K. (2010). Chemotherapy-induced diarrhea: pathophysiology, frequency and guideline-based management. *Therapeutic Advances In Medical Oncology*, 2(1), 51-63. doi: 10.1177/1758834009355164
- Trask, P., Hsu, M., & McQuellon, R. (2009). Other paradigms: Health-related quality of life as a measure in cancer treatment. Its importance and relevance. *The Cancer Journal*, 15(5), 435-440.
- van Dongen, J., Voogd, A., Fentiman, I., Legrand, C., Sylvester, R., Tong, D., Helle, P., van Zijl, K., & Bartelink, H. (2000). Long-term results of a randomized trial comparing breast-conserving therapy with mastectomy: European Organization for Research and Treatment of Cancer 10801 Trial. *Journal of the National Cancer Institute*, 92(14), 1143-1150.
- Varricchio, C., & Ferrans, C. (2010). Quality of life assessments in clinical practice. *Seminars in Oncology Nursing*, 26(1), 12-17. doi: 10.1016/j.soncn.2009.11.003
- Veiga, D., Campos, F., Ribeiro, L., Archangelo Jr, I., Filho, J., Juliano, Y., Neto, M., & Ferreira, L. (2010). Mastectomy versus conservative surgical treatment: the impact on the quality of life of women with breast cancer. *Revista Brasileira de Saude Materno Infantil*, 10(1), 51-57.
- Velikova, G., Awad, N., Coles-Gale, R., Wright, E., Brown, J., & Selby, P. (2008). The clinical value of quality of life assessment in oncology practice: a qualitative study of patient and physician views. *Psycho-Oncology*, 17(7), 690-698. doi: 10.1002/pon.1295
- Velikova, G., Booth, L., Smith, A., Brown, P., Lynch, P., Brown, J., & Selby, P. (2004). Measuring quality of life in routine oncology practice improves communication and patient well-being: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 22(4), 714-724. doi: 10.1200/JCO.2004.06.078
- Veronesi, U., Salvadori, B., Luini, A., Banfi, A., Zucali, R., Del Vecchio, M., Saccozzi, R., Beretta, E., Boracchi, P., & Farante, G. (1990). Conservative treatment of early breast cancer. Long-term results of 1232 cases treated with quadrantectomy, axillary dissection, and radiotherapy. *Annals of Surgery*, 211(3), 250-259.
- Veronesi, U., & Zurrada, S. (2007). Breast conservation: Current results and future perspectives at the European Institute of Oncology. *International Journal of Cancer*, 120(7), 1381-1386. doi: 10.1002/ijc.22529
- Watters, J., Yau, J., O'Rourke, K., Tomiak, E., & Gertler, S. (2003). Functional status is well maintained in older women during adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Annals of Oncology*, 14, 1744-1750. doi: 10.1093/annonc/mdg497
- Webb, J., Warren-Findlow, J., Chou, Y., & Adams, L. (2013). Do you see what I see?: An exploration of inter-ethnic ideal body size comparisons among college women. *Body Image*, 10(3), 369-379. doi: 10.1016/j.bodyim.2013.03.005

- WHO. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409. doi: 10.1016/0277-9536(95)00112-K
- WHO. (2001). International classification of functioning, disability and health - ICF.
- Williams, L., Kunkler, I., King, C., & Jack, W. (2011). A randomised controlled trial of post-operative radiotherapy following breast-conserving surgery in a minimum-risk population. Quality of life at 5 years in the PRIME trial. *Health Technology Assessment*, 15(12), 1-64.

ANEXOS

Anexo 1 – Questionário EORTC QLQ C-30



EORTC QLQ-C30 (version 3)

Gostaríamos de conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Responda, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo à volta do número que melhor se aplica ao seu caso. Não há respostas certas nem erradas. A informação fornecida é estritamente confidencial.

Escreva as iniciais do seu nome: _____

A data de nascimento (dia, mês, ano): _____ / _____ / _____

A data de hoje (dia, mês, ano): _____ / _____ / _____

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala?	1	2	3	4
2. Custa-lhe percorrer uma <u>grande</u> distância a pé?	1	2	3	4
3. Custa-lhe dar um <u>pequeno</u> passeio a pé, fora de casa?	1	2	3	4
4. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho?	1	2	3	4

Durante a última semana

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
6. Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas actividades diárias?	1	2	3	4
7. Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras actividades de lazer?	1	2	3	4
8. Teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Teve dores?	1	2	3	4
10. Precisou de descansar?	1	2	3	4
11. Teve dificuldade em dormir?	1	2	3	4
12. Sentiu-se fraco/a?	1	2	3	4
13. Teve falta de apetite?	1	2	3	4
14. Teve enjoos?	1	2	3	4
15. Vomitou?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

Durante a última semana		Não	Um pouco	Bastante	Muito
16.	Teve prisão de ventre?	1	2	3	4
17.	Teve diarreia?	1	2	3	4
18.	Sentiu-se cansado/a?	1	2	3	4
19.	As dores perturbaram as suas actividades diárias?	1	2	3	4
20.	Teve dificuldade em concentrar-se, por exemplo, para ler o jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21.	Sentiu-se tenso/a?	1	2	3	4
22.	Teve preocupações?	1	2	3	4
23.	Sentiu-se irritável?	1	2	3	4
24.	Sentiu-se deprimido/a?	1	2	3	4
25.	Teve dificuldade em lembrar-se das coisas?	1	2	3	4
26.	O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27.	O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua actividade <u>social</u> ?	1	2	3	4
28.	O seu estado físico ou tratamento médico causaram-lhe problemas de ordem financeira?	1	2	3	4

Nas perguntas que se seguem faça um círculo à volta do número, entre 1 e 7, que melhor se aplica ao seu caso

29. Como classificaria a sua saúde em geral durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Óptima

Como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Óptima

Anexo 2 – Questionário QLQ-BR23



EORTC QLQ - BR23

Às vezes os doentes relatam que tem os seguintes sintomas ou problemas. Por favor, indique em que medida sentiu estes sintomas ou problemas durante a semana passada.

Durante a semana passada:	Não	Um pouco	Bas- tante	Muito
31.Sentiu secura na boca?	1	2	3	4
32.A comida e a bebida souberam-lhe de forma diferente da habitual?	1	2	3	4
33.Os olhos doeram-lhe, picaram ou choraram?	1	2	3	4
34.Caiu-lhe algum cabelo?	1	2	3	4
35.Só responda a esta pergunta se teve quedas de cabelo: Ficou preocupada com as quedas de cabelo?	1	2	3	4
36.Sentiu-se doente ou indisposta?	1	2	3	4
37.Teve afrontamentos?	1	2	3	4
38.Teve dores de cabeça?	1	2	3	4
39.Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento ?	1	2	3	4
40.Sentiu-se menos feminina por causa da doença e do tratamento?	1	2	3	4
41.Teve dificuldade em olhar para o seu corpo, nua?	1	2	3	4
42.Sentiu-se pouco satisfeita com o seu corpo?	1	2	3	4
43.Preocupou-se com o seu estado de saúde no futuro?	1	2	3	4

Durante as últimas quatro semanas:	Não	Um pouco	Bas- tante	Muito
44.Até que ponto sentiu desejo sexual?	1	2	3	4
45.Até que ponto esteve sexualmente activa? (com ou sem relações sexuais)	1	2	3	4
46.Só responda a esta pergunta se esteve sexualmente activa: Até que ponto as relações sexuais deram lhe prazer?	1	2	3	4

Por favor, passe para a página seguinte

Durante a última semana:

Não	Um pouco	Bas- tante	Muito
-----	-------------	---------------	-------

47. Teve dores no braço ou no ombro?	1	2	3	4
--------------------------------------	---	---	---	---

48. Teve o braço ou a mão inchados?	1	2	3	4
-------------------------------------	---	---	---	---

49. Teve dificuldade em levantar o braço ou fazer movimentos laterais com ele?	1	2	3	4
---	---	---	---	---

50. Sentiu dores na área da mama afectada?	1	2	3	4
--	---	---	---	---

51. A área da mama afectada inchou?	1	2	3	4
-------------------------------------	---	---	---	---

52. Sentiu a área da mama afectada muito sensível?	1	2	3	4
--	---	---	---	---

53. Teve problemas de pele na área ou à volta da área da mama afectada? (por exemplo, comichão, pele seca, pele a escamar)	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Anexo 3 – Carta do Parecer de Ética



IPOPORTO

INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO FG, EPE

Exmº Sr.

Dr. Laranja Pontes

Presidente do Conselho de Administração
IPO PORTO EPE

Refª.CES.05.2014

Porto, 20 de Janeiro de 14

Assunto: Pedido de Parecer sobre Projeto de Investigação

Exmº Dr. Laranja Pontes

Cumpre-me informar V Exa., relativamente ao pedido de parecer que foi dirigido a esta Comissão de Ética, sobre o Estudo de Investigação a desenvolver no âmbito do protocolo entre a Universidade Fernando Pessoa, o IPO Porto e o Centro de Estudos Universitários da Universidade de Coimbra, intitulado **"Medição de valor em oncologia"**, tendo como Investigador principal o Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira, foi avaliado em reunião ordinária da Comissão de Ética a 16 de Janeiro de 2014, na qual se emitiu o parecer anexo.

Com respeitosos cumprimentos

Enf. José Carlos Pimentel
Vice-Presidente da CES – IPO Porto EPE

Comissão de Administração

24 JAN 2014

Enviado

71645/12

RUA DR. ANTÓNIO BERNARDINO DE ALMEIDA
4200-072 PORTO - PORTUGAL

T: (+351) 22 503 40 00
F: (+351) 22 508 40 01

E-MAIL:
dir ipo@ipoporto.min-saude.pt

MEMBRO

QUALIDADE



CHKS



Parecer CES IPO: 05/014

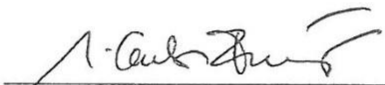
Assunto: Estudo de Investigação *"Medição de valor em oncologia"*.

Investigador principal: Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira.

Data: 16 de Janeiro de 2014

PARECER

É parecer desta CES não existir impedimento de natureza ética ao desenvolvimento do referido Estudo de Investigação.



Enf. José Carlos Pimentel
Vice-Presidente da CES – IPO Porto EPE